

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1914

---

THÈSE

N°

235

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel GENDRONNEAU

Né à Bordeaux, le 12 février 1885.

---

SIGNES PRÉCOCES  
ET DIAGNOSTIC  
DE L'ULCÈRE JUXTA-PYLORIQUE

---

*Président : M. THOINOT, Professeur.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1914



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

235  
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel GENDRONNEAU

Né à Bordeaux, le 12 février 1885.

SIGNES PRÉCOCES



ET DIAGNOSTIC

DE L'ULCÈRE JUXTA-PYLORIQUE

*Président : M. THOINOT, Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1914

# Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

|                                                                        | PROFESSEURS : MM.  |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS            |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHEL         |
| Physique médicale. . . . .                                             | WEISS              |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           | DESGREZ            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  | BLANCHARD          |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | ACHARD             |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | { WIDAL            |
|                                                                        | TEISSIER           |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LEJARS             |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | PIERRE MARIE       |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT            |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | AUGUSTE BROCA      |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | POUCHET            |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | MARFAN             |
| Hygiène. . . . .                                                       | CHANTEMESSE        |
| Médecine légale. . . . .                                               | THOINOT            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | LETULLE            |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | ROGER              |
|                                                                        | DEBOVE             |
| Clinique médicale. . . . .                                             | { LANDOUZY         |
|                                                                        | GILBERT            |
|                                                                        | CHAUFFARD          |
|                                                                        | HUTINEL            |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |                    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | GILBERT BALLET     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | GAUCHER            |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | DEJERINE           |
|                                                                        | { DELBET           |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | QUENU              |
|                                                                        | RECLUS             |
|                                                                        | HARTMANN           |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | LEGUEU             |
|                                                                        | { BAR              |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | PINARD             |
|                                                                        | RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | POZZI              |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               | KIRMISSON          |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | ALBERT ROBIN       |

## Agrégés en exercice

| MM.        |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| ALGLAVE    | GUENIOT           | LERI       | RICHAUD   |
| BERNARD    | GUILLAIN          | LOEPER     | ROUSSY    |
| BRANCA     | JEANNIN           | MAILLARD   | ROUVIERE  |
| BRUMPT     | JOUSSET (A.)      | MOCQUOT    | SAUVAGE   |
| CAMUS      | LABBE (HENRI)     | MULON      | SCHWARTZ  |
| CASTAIGNE  | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX    | SICARD    |
| CHAMPY     | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TANON     |
| CHEVASSU   | LECENE            | OKINCZYC   | TERRIEN   |
| COUVELAIRE | LEMIERRE          | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| DESMAREST  | LENORMANT         | RATHERY    | VILLARET  |
| GOUGEROT   | LEQUEUX           | RETTERER   | ZIMMERN   |
| GREGOIRE   | LEREBoullet       | RIBIERRE   |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de mon affectueuse  
reconnaissance.*

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

*Que je confonds tous les deux dans  
la même affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANGEVIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de l'Hôpital du Mans

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. HAMEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de l'Hôpital du Mans.

MEIS ET AMICIS

Au moment où nous terminons nos études médicales, il est pour nous un devoir bien doux d'exprimer ici nos sentiments respectueux et reconnaissants à l'égard de nos maîtres de la Faculté de médecine de Paris, des Hôpitaux de Paris et du Mans.

Que M. le Professeur Pierre DELBET qui nous a admis comme bénévole, puis comme stagiaire dans son service, reçoive l'hommage de notre gratitude. Plus tard, à l'hôpital Necker, alors que nous étions dans un autre service, nous nous échappions souvent pour assister à ses brillantes cliniques. Le souvenir de ces heures-là se place parmi les meilleurs de notre temps d'études.

Stagiaire, puis remplaçant d'externe pendant un an dans le service de M. le docteur BOURCY, nous avons appris auprès de ce maître si affable et si dévoué les préliminaires de la médecine. Son enseignement clair et sa grande bienveillance lui donnent droit à toute notre reconnaissance.

L'année suivante, dans le service de M. le Docteur GUINON, et sous la direction de M. HAMEL son interne, nous avons étudié la pathologie infantile. Nous gardons en même temps qu'un entier sentiment de gratitude à l'égard du docteur GUINON, un souvenir particulièrement

agréable de l'hôpital Bretonneau où nous avons lié des amitiés inébranlables.

Nous ne manquerons pas de remercier M. le Professeur LEPAGE, dans le service duquel nous avons fait notre stage d'accouchement. A côté de la reconnaissance que nous lui devons pour son enseignement si complet de l'art obstétrical, nous garderons un souvenir plein de respectueuse gratitude à l'égard de ce maître qui a été vis-à-vis de nous, à une heure particulièrement douloureuse pour nous, d'une bienveillance extrême.

Que M. le Professeur CHEVASSU dans le service duquel nous avons fait notre stage de spécialité (Voies urinaires), reçoive l'hommage de notre gratitude. Nous ne saurions oublier toute la bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner.

M. le docteur H. HAMEL en me procurant les moyens d'entrer comme interne à l'hôpital du Mans, nous a rendu un service dont nous apprécions tout le poids. Durant tout notre séjour au Mans, nous avons été l'objet de sa bienveillante attention; nous en goûtons encore les effets dans le dévouement qu'il a mis en nous procurant le sujet de cette thèse et en nous aidant de sa savante collaboration.

Notre Internat dans le Service de M. le docteur LANGEVIN, ne laisse en notre mémoire que de bons souvenirs. C'est de grand cœur que nous exprimons notre profonde reconnaissance à ce maître qui nous a si fréquemment donné des preuves de sa confiance et de son amabilité. Nous ne saurions trop le remercier pour la façon si

affable et toute dévouée dont il a constamment usé pour agrandir nos connaissances médicales.

Nous avons eu l'occasion fréquente d'approcher soit dans le service, soit dans la salle d'opérations M. le docteur DELAGENIÈRE. A côté de l'honneur que nous ressentons d'avoir assisté aux opérations de ce maître, nous gardons un sentiment de reconnaissance très grand pour la façon empressée avec laquelle il nous a confié les observations que nous citons dans cet ouvrage.

Que MM. les docteurs MORDERET et CANAGUIER, chirurgiens à l'hôpital; MM. les docteurs DIEU, POIX et LEGROS; M. le docteur BEAUCHEF, chef du laboratoire de la Clinique privée de M. le docteur Delagenière, veuillent bien agréer l'assurance de mes sentiments respectueux et mes remerciements pour les renseignements éclairés qu'ils nous ont toujours prodigués et les observations qu'ils nous ont procurées.

Nous remercions bien sincèrement M. le docteur LIAUD, pharmacien de l'hôpital, de tous les examens de laboratoire qu'il a bien voulu pratiquer pour nous.

M. le Professeur THOINOT, en acceptant la présidence de cette thèse, nous fait un grand honneur dont nous sentons toute la valeur. Qu'il veuille bien accepter toute notre respectueuse reconnaissance.



## INTRODUCTION

---

Au mois de mai 1913, alors que nous remplissions dans le service du docteur Langevin (Hôpital du Mans), les fonctions d'interne, nous recevions un malade octogénaire en crise d'urémie. Ce brigittique venait tous les deux ou trois mois faire un stage de 10 à 20 jours dans nos salles où un régime lacté absolu et quelques cachets de théobromine le remettaient dans un état de santé suffisant pour reprendre ses occupations et sa vie normale. Ce malade était depuis quelque temps en traitement et déjà très amélioré, quand soudain sans que rien puisse faire prévoir semblable événement, un abondant vomissement de sang suivi d'un autre vingt-quatre heures après, le terrassait. La mort survenait en syncope. A l'autopsie, nous trouvions un ulcère pré-pylorique et une artère béante dont l'hémorragie fut la cause de cette catastrophe. Cet ulcère n'avait rien de commun avec les ulcérations urémiques ; c'était bien un ulcère de Cruveilhier tel qu'il est décrit dans les traités classiques. Rien dans les commémoratifs du sujet ne pouvait

laisser supposer l'existence d'une pareille affection. Ouvrier travaillant péniblement, il mangeait de tout, sans aucune régularité dans son alimentation. L'estomac n'avait jamais été pour lui une cause d'inquiétude, ni même de la moindre souffrance. Un ulcère peut donc naître, évoluer et tuer, sans qu'aucun malaise, aucun signe ne viennent à temps éveiller l'attention du malade. Le cas n'est pas une exception. Sans remonter à la mort si tragique d'Henriette d'Angleterre qui eut probablement cette cause, les souvenirs cliniques de nos maîtres dans les hôpitaux et de nos camarades de l'internat signalent des faits qui, sans avoir tous eu un dénouement aussi dramatique et aussi rapide, sont des arguments en faveur de l'évolution possible d'ulcération sans aucune manifestation subjective. Dans ce cas, le médecin peut-il établir par ses recherches l'existence de cette grave affection à marche occulte? Nous répondons : Oui.

Dans ce travail, nous nous proposons de réunir les moyens de recherches de l'ulcère, plus particulièrement de l'ulcère juxta-pylorique. Nous nous efforcerons d'établir tous les renseignements utiles que l'on peut tirer de la douleur, des vomissements du liquide, de la constatation de la sténose, de l'examen coprologique, de l'examen radioscopique, etc., etc.

Mais l'ulcération gastrique peut souvent être confondue avec beaucoup d'autres lésions ; il n'est pour ainsi dire pas de viscère de l'abdomen qui ne présente dans leurs états pathologiques quelques analogies avec les signes de l'ulcère. Nous exposerons en seconde partie de notre

travail les éléments qui permettront d'établir le diagnostic différentiel avec les affections qui sont une cause d'erreur la plus fréquente (gastralgie tabétique, cancer, ulcère du duodénum, etc., etc.)

Nous publions enfin des observations pour la plupart inédites qui serviront d'argumentation à cet ouvrage.



## DÉFINITION ET HISTORIQUE

---

La définition de l'ulcère juxta-pylorique a été donnée par M. Mathieu. Il entend par ulcère juxta-pylorique « les lésions situées soit un peu en amont, vers l'antrum pylorique, soit un peu en aval vers le duodénum. »

**Historique.** — En 1882, Reichmann présenta un malade chez lequel il avait trouvé à jeun une quantité considérable de liquide très acide contenant des débris alimentaires. Les signes fonctionnels se bornaient à des douleurs gastriques à type tardif. Ce phénomène restait sans explication. Riegel parla de névrose sécrétoire. Germani Sée, Debove et Renaud et A. Robin acceptèrent cette interprétation. Rapidement apparaît une autre phase; on reconnaît que la stase joue un très grand rôle. Schrufer, puis Boas prétendent que l'hyper-sécrétion est non la cause, mais la conséquence de la stase. A ce moment, M. Mathieu fait au Congrès de Montpellier (1894) une communication importante dans laquelle il exprima cette heureuse formule : l'hyper-sécrétion déborde la stase.

En 1897, Hayem en démontrant que dans le cas d'hyper-sécrétion à jeun avec débris alimentaires il existait

une sténose incomplète — parfois sous-pylorique sous- ou sus-valérienne, — fait faire un grand pas à la question. Enfin Soupault (1905) nota que le syndrome de Reichmann est lié à une lésion ulcéreuse; il affirme ses dires par 58 observations dont 51 gastro-entérostomies et 7 autopsies où l'ulcus est nettement décelé. En France, avec Albert Mathieu et OEttinger, (1906-1910), se vulgarise l'étude coprologique. Ces deux auteurs font d'importants travaux où ils font connaître les moyens de déceler les hémorragies occultes de l'estomac. L'étude d'OEttinger sur l'hypersécrétion à jeun et la thèse de Sauphar (1912), donne des moyens excellents pour découvrir les formes les plus frustes d'ulcère juxta-pylorique.

Best et Conheis en 1911, Enriquez en 1912, Cerné et Delaforché indiquent tous les avantages séméiologiques que l'on peut retirer de l'examen radioscopique du tube digestif.

## DOULEURS ET VOMISSEMENTS

---

Nous décrirons d'abord la forme habituelle exposée dans les traités classiques pour montrer la grande différence qui existe avec le sujet qui nous intéresse plus particulièrement : les formes frustes, évoluant d'une façon insidieuse, parfois tout à fait méconnues du malade.

Le malade souffre : ce sont des sensations très pénibles de brûlure, de torsion, de déchirement au niveau de l'épigastre. Parfois il semble que l'on tenaille l'estomac. En certains cas, ces douleurs ont une irradiation caractéristique au niveau des lombes, ou dans la région intercapsulaire. Mathieu et Sield en font un signe absolu d'ulcère. Ils ajoutent que la localisation du point douloureux indiquerait le siège de l'ulcération pour l'ulcère juxta-pylorique; ce serait une surface large comme une pièce de un franc au niveau de la deuxième vertèbre lombaire.

Ce qui est caractéristique dans les douleurs, c'est leur horaire. Le matin à jeun en se réveillant, il est commun que le malade souffre, éprouve une sensation de brûlure ou même de l'acidité douloureuse de l'es-

tomac, des renvois pénibles. A ce moment, des régurgitations acides ont lieu ; les crampes, les contractions pénibles de l'estomac sont également fréquentes : tous ces signes disparaissent au moment de l'ingestion du petit déjeuner pris habituellement avec plaisir et appétit. Peu après, ce repas apparaît une gêne qui commence doucement et va en augmentant et provoque vers 11 heures des phénomènes analogues à ceux du réveil si la première alimentation a eu lieu à 8 heures. Il n'est pas rare à ce moment de constater une faim violente, pénible, avec une sensation de fatigue, de babillement, de la tendance au sommeil. Le repas de midi fait disparaître ces troubles. Mais peu après apparaît un malaise plus ou moins caractérisé obligeant les femmes à délayer leur corset. Lentement, se fait l'évacuation gastrique ; les malades disent que le « repas ne passe pas ». Les signes vont en augmentant pendant 3 à 4 heures jusqu'au moment où on relate la crise décrite plus haut : ce sont des douleurs tardives. Il n'est pas rare qu'à ce moment survienne un vomissement parfois spontané, quelquefois provoqué qui soulage le malade.

Voilà le tableau classique. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est des malades qui ont le maximum de douleur une heure après le repas, d'autres seulement 3-4, et même 5 heures après le repas. Certains ne souffrent qu'après le repas de midi, d'autres au contraire dès qu'ils sont couchés. C'est ce que Sauphar dans sa thèse appelle des gastropathies nocturnes.

Les signes douloureux que nous venons d'indiquer apparaîtront très probablement si la maladie évolue

sans traitement, mais au début ils peuvent très bien ne pas exister ou tout au moins se produire avec beaucoup d'atténuations et de modifications. Il est des malades, qui n'ont jamais souffert. Nous en citons deux cas.

Sauphar dans sa thèse cite deux autres cas sans aucun signe gastralgique. Il y en a d'autres plus nombreux où le malade souffre si peu que jamais il ne viendrait consulter un médecin s'il en avait l'occasion par une affection intercurrente. Nous empruntons à M. Oettinger sa description de ces formes frustes d'ulcères.

« Parfois l'affection se caractérise par quelques sensations de poids et de pesanteur dans la région épigastrique survenant deux ou trois heures après le repas et disparaissant avant le repas suivant, sensations de poids s'accompagnant également de brûlures et de sentiments de chaleur au niveau de l'estomac. Mais ce qui domine, ce sont les troubles de la santé générale, la fatigue, l'amaigrissement, l'anéantissement, et il semble souvent que l'estomac ne soit pas en cause. »

Parfois ces douleurs sont remplacées par une envie de dormir invincible, par une céphalée violente à type névralgique, par des congestions de la face : ce sont des équivalents de la douleur.

Il se produit fréquemment des régurgitations peu considérables, chaudes, acides, ou seulement fades. Les vomissements sont dans ce cas assez rares.

D'ailleurs, les vomissements ne nous paraissent pas être un signe de grande valeur et ne plus mériter l'importance qu'on leur a donné jadis.

Dans un tiers des cas (nous parlons des vomissements

alimentaires), ils n'existent pas. Quand ils existent, ils n'ont rien de pathognomonique; ils sont intermitents, apparaissent d'une façon très irrégulière. Dans une année, un malade ne vomit que 5 à 6 fois, à des heures et des époques très indifférentes; parfois ces vomissements sont remplacés par des pituites analogues à celles des alcooliques. Rien de bien exact non plus dans les renseignements tirés du soulagement ou non produit par les vomissements; nous croyons pouvoir dire que, dans la majorité des cas, le vomissement ne donne pas de modification à la douleur. C'est donc qu'un bien petit auxiliaire de diagnostic.

Nous ne nous arrêterons pas aux vomissements de sang, malgré que ce soit un signe de grande valeur pour affirmer l'ulcère, car il se produit toujours très tard. Il ne faut donc pas l'attendre pour poser un diagnostic ni fixer le traitement. Nous qui avons pour objet dans cette étude les signes précoces, nous croyons pouvoir considérer l'hématémèse comme une complication plutôt que comme un symptôme.

## LIQUIDE A JEUN

---

Tout malade suspect d'une affection gastrique doit être examiné d'une façon minutieuse : par la palpation, et la percussion. Cet examen devra être pratiqué le malade étant à jeun, c'est-à-dire au moins 10 heures après le repas. Un estomac normal à jeun doit être vide, — vide de matière solide et même de matières liquides. Si à la percussion et à l'auscultation, on perçoit du clapotage il faut conclure qu'il y a du liquide dans l'estomac. Soupault affirme même que cette constatation de liquide suffit à établir le diagnostic d'ulcération. Nous ne sommes pas aussi affirmatif. Dès que l'on aura la certitude de l'existence de ce liquide, il sera très intéressant de connaître ses valeurs quantitatives et surtout qualitatives.

On retire des quantités très variables de liquide : de 6 à 8 centimètres cubes à plus de 500 en moyenne, on obtient des valeurs variant de 30 à 70 centimètres cubes. La quantité n'indique que peu de choses par elle-même ; elle est très variable d'un moment à l'autre, et des différences énormes peuvent se produire chez le même malade dans l'espace de vingt-quatre heures. La douleur

n'est nullement fonction de l'abondance du liquide sécrété; on ne saurait non plus établir de rapport avec la fréquence des vomissements et l'abondance de l'hypersécrétion. Disons, d'une façon générale, que l'abondance de liquide est d'autant plus grand que la lésion est plus ancienne.

L'aspect du liquide est variable et dépend beaucoup de l'alimentation de la veille; l'examen des sédiments donne un moyen de contrôle de la perméabilité du pylore; il a donc son importance. L'examen microscopique sera utile pour la recherche des cellules de Jaworski que certains auteurs considéraient comme pathognomoniques. Abandonné à lui-même au bout de vingt-quatre heures, le liquide se colore en vert par suite de développement d'algues étudiées par Sartory.

Dans l'étude chimique du liquide, nous trouverons des indications importantes : les plus importantes mêmes. Ce liquide est composé en majeure partie de suc gastrique. On se rend très bien compte de son pouvoir peptique par les tubes de Mett. Il digère l'albumine, réagit au Gunzbourg et donne toutes les réactions de l'acide chlorhydrique.

Il y a non seulement augmentation volumétrique du liquide, mais encore augmentation du titre de HCl. L'acidité est supérieure à celle du suc gastrique normal, et cela dans les proportions du double, du triple du quadruple, du coefficient physiologique.

Dans les malades que nous avons eu à examiner et dans les observations qui nous ont été obligeamment communiquées par nos maîtres, où l'on était en présence

d'un ulcère, nous avons trouvé toujours une hypersécrétion et une hyperacidité. Nous croyons pouvoir affirmer la constance de ce signe; cette théorie est confirmée d'une façon irréfutable par les auteurs suivants :

Rubow, au Danemark, qui a fait un des premiers de l'hypersécrétion un signe d'ulcères.

Robin, sur 61 cas, trouve 55 fois du liquide à jeun.

Borghjarg cite un ulcère opéré où l'hypersécrétion diminue immédiatement après l'intervention.

Soupault écrit : « Qu'il y ait ou non débris alimentaires, l'hypersécrétion à jeun est constamment le résultat d'une lésion ulcéreuse siégeant dans la région de l'estomac, du niveau de l'antrum pylorique, du pylore, ou du duodénum ».

Mathieu écrit : « A l'autopsie de 6 malades atteints de gastro-succhorée, on a constaté un ulcère siégeant au pylore ou dans son voisinage. Un des sujets avait même présenté des accidents caractéristiques du syndrome de Reichmann : crises douloureuses intenses deux ou trois heures après le repas, hyperchlorhydrie marquée, constatée par le repas d'épreuve, et le matin à jeun la sonde ramenait de 1 à 300 centimètres cubes de liquide riche en HCl, sans débris alimentaires. Deux hématomés étaient même survenues, faisant soupçonner l'ulcère. La conclusion de ce fait et de celui qu'a cité Hayem, est que la cause la plus habituelle de la gastro-succhorée continue est soit un ulcère en activité, soit une cicatrice d'ulcère ».

Citons les travaux de J.-Charles Roux et ceux d'Axel Borghjarg qui concluent tous deux à la coexistence cons-

tante de l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion avec l'ulcère.

W. Oettinger moins absolu prétend que dans 78 p. 100 des cas, ces deux affections marchent ensemble.

Malgré la grande importance de ce symptôme et tout l'intérêt qu'il y a à faire l'examen complet du liquide gastrique à jeun, disons que les malades se prêtent assez difficilement au tubage qui permet de retirer le liquide. Il y a une répugnance souvent insurmontable de la part du malade à l'égard de cette opération, qui, d'après Lepage d'Angers, serait difficile. Cet auteur va même jusqu'à la proscrire complètement pour éviter les dangers auxquels elle expose le sujet. Nous ne croyons pas devoir professer la même rigueur vis-à-vis de ce procédé clinique. Avec de la prudence et de la patience, et au besoin un badigeonnage à la cocaïne du pharynx, on arrive toujours à introduire une sonde œsophagienne. Pour la technique, nous indiquons le procédé décrit par Sauphar. « Il faut pratiquer l'aspiration en cherchant à faire pénétrer la sonde dans les points les plus reculés de l'estomac, au besoin faire incliner le malade en avant, puis en arrière, de façon à mettre par dénivellation le liquide en contact avec l'œillère; un point capital est celui-ci : retirer la sonde toujours au moment d'une aspiration et recueillir avec soin dans une cuvette le liquide. Très fréquemment, en effet, il arrive que les manœuvres antérieures n'ont rien permis de ramener et que le petit artifice que nous signalons donne trois à quatre centimètres cubes, — quantité suffisante pour pratiquer un examen chimique et orienter un diagnostic.

Ajoutons qu'avec un peu d'exercice et de doigté, on arrive à sentir le clapotage stomacal, même lorsque le liquide est en très petite quantité, et dans le cas où le malade se refusera au cathétérisme, il sera possible de tirer d'utiles renseignements de la palpation et de l'auscultation combinées.

## HÉMORRAGIES OCCULTES

---

Jusqu'à ces dernières années, les hémorragies de l'appareil digestif n'étaient connues que lorsqu'elles devenaient assez abondantes pour apparaître soit dans les matières vomies, soit dans les selles. Quel que soit le lieu lésé, à moins que ce ne soit une extrême partie du tube digestif (bouche ou rectum), il faut admettre qu'une importante lésion est nécessaire pour, qu'à simple vue, il soit possible de déceler une hémorragie. On voit combien il serait peu prudent d'attendre l'apparition d'une hémorragie pour faire un traitement et un diagnostic; l'étendue de la lésion le rendrait souvent incurable, surtout par une thérapeutique exclusivement médicale.

En 1893, Weber, puis en 1902 Boas et Kochmann essayèrent les premiers la recherche de quantité minime de sang dans les matières fécales. Depuis, les travaux se multiplièrent, et les méthodes se précisèrent avec de Schloss, Hartmann, Siegel, Ewald Kuttner, Schumann, Westphal, William Bull, Romani, enfin avec nos maîtres français, MM. Mathieu et Oettinger.

Ce n'est point le lieu ici d'établir tout au long les diverses techniques employées dans la recherche du

sang dans le contenu gastrique et les fèces. Nous nous bornerons à les exposer rapidement en signalant leurs avantages et leurs défauts et en indiquant les procédés qui nous paraissent les meilleurs et les plus commodes.

I. — *L'examen spectroscopique*, méthode exacte mais nécessitant l'emploi d'un spectroscope, appareil qui ne se trouve généralement pas dans le cabinet d'un médecin.

II. — *Recherche des cristaux d'hémine*. — Ce procédé est assez pratique; il suffit d'une lame où l'on étend des matières avec du chlorure de sodium et quelques gouttes d'acide acétique; on cherche au microscope les cristaux de Teichmann; l'opération est plus certaine lorsqu'on agit à froid. Elle présente alors l'inconvénient d'être assez longue.

III. — *Recherche par la teinture de Gaïac* (procédé de Van Deen, modifié par Weber). — On met dans un verre un peu de matière et d'eau distillée +  $1/3$  de volume d'acide acétique, puis 8 à 10 centimètres cubes d'éther; on mélange doucement, on prend ensuite 5 centimètres cubes de l'éther qui surnage; on ajoute XX gouttes de teinture de gaïac, plus XXX gouttes de vieille essence de térébenthine; s'il y a du sang, le liquide devient bleu violacé. Kuttner modifie la méthode en remplaçant le sang par l'eau oxygénée.

IV. — *Recherche du sang par l'aloïne*. — Même technique que précédemment; on remplace seulement le gaïac par de la teinture d'aloïne; on a une coloration rose et rouge cerise quand la réaction est positive.

V. — *Recherche du sang par l'eau gaïacolée*. — Ne diffère en rien des deux techniques précédentes; on rem-

place seulement l'eau gaïacolée à la place des réactifs ci-dessus indiqués.

VI. — *Recherche du sang par la benzidine* (procédé de O. et R. Adler. — On prend trois centimètres cubes environ de matière diluée dans de l'eau distillée, plus deux centimètres cubes d'une solution alcoolique de benzidine et deux centimètres cubes d'eau oxygénée, puis quelques gouttes d'acide acétique cristallisable. S'il y a du sang, coloration bleue puis verte, si l'hémorrhagie est assez abondante.

VII. — *La recherche par la réaction de Meyer* (phtaleine du phénol, plus du zinc). — On délaie les matières avec de l'eau distillée, on ajoute le réactif puis quelques gouttes d'eau oxygénée : réaction rose et rouge quand elle est positive.

Les procédés spectroscopiques et microscopiques ne sont pas entrés dans la pratique. Seules les méthodes chimiques ont une place dans la clinique. — La limite de sensibilité de ces différents réactifs est aussi évaluée par différents auteurs.

Pour Boas et Kochmann, la réaction avec le gaïac serait encore positive au  $1/8000^{\circ}$ ; pour Schloss de  $1/8000$  à  $1/600^{\circ}$ ; pour Hartmann de  $1/50000$  à  $1/10000$ .

Romani qui a usé du gaïac et de l'aloïne chez les typhiques donne  $1/950$  pour l'aloïne et  $1/13000$  pour le gaïac.

Schumann et Wesphal donne  $125000$  pour le gaïac et  $1/200000$  pour la benzidine.

Ewald croit la benzidine positive jusqu'à  $1250000$ .

G. Girault dans sa thèse (1906) où il consigne le résultat de ses recherches personnelles, indique :

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| Eau gaïacolée positive . . . . . | 1/1000.   |
| Benzidine positive. . . . .      | 1/250000. |
| Benzidine négative. . . . .      | 1/500000. |

Le Meyer agirait au 1/1.000.000, mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur l'immense pouvoir réactionnel de ce dernier procédé.

De ce qu'il précède, il résulte que : la benzidine est le réactif le plus sensible et dont la sensibilité a été le mieux établie ; ensuite vient le gaïac. La benzidine présente l'avantage d'être la réaction la plus rapide avec la manipulation la plus simple. Il a été reproché à la benzidine de réagir en présence d'un corps n'étant pas du sang (sel de fer, salive, pus), et de ce fait, la réaction devait être toujours positive. Or il n'en est rien ; nous avons eu l'occasion d'observer un malade chez qui la benzidine donna une réaction négative après avoir été positive ; la seule précaution à prendre, croyons-nous, est de priver le sujet de viande pendant les 24 ou 48 heures qui précéderont l'examen des selles. La sueur est aussi une cause d'erreur, mais facile à éviter. La présence du sang dans les matières examinées n'est pas douteuse, mais cette hémorragie provient-elle d'une lésion du tube digestif ? Il faut songer aux épitaxis, aux saignements des gencives. Un cathétérisme de l'œsophage ou de l'estomac peut produire des érosions qui donneront une réaction positive. Dans les selles, il peut y avoir du sang hémorroïdaire, du sang menstruel ; la constipation peut donner des selles sanglantes. Voilà bien des causes et erreurs, mais avec de la prudence, en faisant un cathétérisme très doux, en faisant un toucher rectal qui ren-

seignera sur l'état du rectum, sur la présence ou non d'hémorroïdes, en donnant enfin un lavement légèrement laxatif, avec une sonde molle incapable de léser la muqueuse, on arrivera avec un régime approprié, à avoir la certitude que si la réaction est positive, il y a un point du tube digestif qui saigne en dehors d'un trauma.

Nous croyons que dans bien des cas il sera bon de ne pas employer qu'un seul réactif. Il y aura en effet deux avantages à user de deux réactifs différents. Prenons la benzidine et le gaïac par exemple ; une matière donnée peut réagir aux deux procédés : mais souvent la benzidine seul donne un résultat positif ; on en conclura que la lésion qui saigne est moins importante que si les deux réactifs étaient positifs ; des examens répétés à quelques jours d'intervalle donneront les conclusions suivantes : ou un malade est sensible aux deux réactions ; si l'une des deux réactions devient négative, on doit songer à une diminution de l'hémorragie et à une amélioration de la plaie qui saigne ; ou bien un malade qui ne réagit qu'à un procédé, réagit ensuite aux deux, on peut déduire que l'ulcération progresse et qu'il y a aggravation de la lésion, constatation qui a une très grande valeur au point de vue thérapeutique et pronostic.

## LES HÉMORRAGIES OCCULTES DANS L'ULCÈRE JUXTA-PYLORIQUE

---

Suivant l'opinion générale, les hémorragies occultes se présentent dans la majorité des cas d'ulcère juxta-pylorique. Boas la trouve 5 fois sur 12 seulement. Mais Mathieu la signale 9 fois sur 14 cas, et Hartmann soutient que l'hémorragie existe toujours. Nous ajouterons que l'hémorragie est non seulement un signe pathognomonique d'ulcères, mais encore un signe de début. A mesure qu'un ulcère vieillit et tend à devenir calleux, les hémorragies deviennent plus rares et finissent même souvent par disparaître. Dès que l'on se trouvera en présence d'un malade se plaignant de troubles vagues du côté de son estomac et même simplement d'un affaiblissement de son état général, il faudra rechercher s'il n'existe pas d'hémorragie — occulte —, et si elle apparaît on la reconnaîtra à ses caractères spéciaux.

Ces hémorragies sont, avant tout, intermittentes; pendant 5-6 jours, quelquefois plus, quelquefois moins, avec des intervalles très irréguliers, on a des réactions positives. Souvent il est difficile d'expliquer la raison de

cette intermittence, mais souvent aussi il n'y a pas que le hasard dans la production de ces hémorragies. Elles sont fonction de différentes causes. Lorsque le malade est mis au repos absolu, lorsqu'il suit un régime diététique, ou un régime approprié, l'ulcère n'étant plus irrité cesse de saigner; si au contraire, le malade travaille se laisse aller à des écarts de régime, l'hémorragie persistera. D'où nécessité de pratiquer de fréquents examens des selles pour connaître l'importance et la valeur des hémorragies.

Cependant il faut savoir qu'il y a des ulcères donnant des hémorragies continues. Pour Boas, ce ne serait pas un cas exceptionnel. Dans la plupart des cas, quand plusieurs réactions sont à intervalles réguliers et rapprochés, toujours nettement positives, il est normal de songer à un cancer ou tout au moins à la dégénérescence cancéreuse d'un ulcère, mais aussi, plus rarement c'est vrai, ce peut être un simple ulcère. MM. Mathieu et Oettinger ont publié des cas où il y eut une persistance absolue de réaction positive alors qu'il s'agissait simplement d'un ulcère dans lequel le microscope ne décèle aucune trace de dégénérescence cancéreuse.

Il peut se trouver parfois qu'il existe une réaction négative dans le repas d'épreuve, alors que les selles donnent une réaction positive. Cette constatation est due probablement à ce que l'hémorragie manque ou n'est pas suffisamment abondante pendant le court espace de temps du séjour du repas d'épreuve dans l'estomac. On peut penser aussi que la lésion se trouvant nettement rétro-pylorique, le sang ne pénètre pas dans l'estomac.

Quoi qu'il en soit, le signe clinique ne perd rien de sa valeur. Savoir qu'en un point quelconque le tube digestif saigne, sera toujours un argument de grand poids. On évitera donc bien des erreurs de diagnostic en favorisant la recherche systématique des hémorragies occultes.

## EXAMEN RADIOSCOPIQUE

---

Avant de décrire les signes que l'écran radioscopique nous permettra de découvrir à l'examen d'un estomac supposé ulcéré, disons quelques mots sur la technique opératoire qui a une grande importance.

« Nous ne saurions trop répéter que le mode de remplissage de l'estomac est infiniment plus utile à observer que l'estomac rempli », disent Cerné et Delaforge.

La méthode allemande qui consiste à faire avaler au malade un repas de Rieder, n'a que l'avantage d'être rapide; cette rapidité sera souvent un inconvénient; il ne permettra pas de déceler les petites déformations.

Un examen radioscopique peut être relativement long; des radiographes qui ont pratiqué de fréquents examens affirment que l'on peut, tout à son aise, examiner un estomac, — le point éclairé variant à chaque instant, — et jamais ils n'ont constaté de radiodermite même légère.

Pour véhiculer le bismuth, deux méthodes sont bonnes : la solution gommeuse, ou la crème. Nous préférons cette dernière; elle est agréable au goût et plus active que la solution gommeuse qui ne donne pas toujours une exci-

tation suffisante. Dans l'ulcère de l'estomac où le spasme joue un grand rôle il faut au moins fournir un aliment qui le provoque. Enfin, il est inutile d'ajouter qu'il est nécessaire que le malade soit à jeun.

Examiner sous l'écran un estomac est acquérir des notions très exactes sur la forme, les dimensions, la direction et la valeur physiologique musculaire de cet organe, et déceler souvent une lésion, alors que d'autres signes laissaient supposer une affection d'un autre viscère, comme dans le cas cité par Cerné et Delaforge d'une femme soi-disant atteinte de métrite chronique et chez laquelle les rayons X montrèrent un rétrécissement de l'estomac dû très probablement à un spasme ulcéreux. On voit combien devient nécessaire un examen radioscopique de tout l'abdomen quand on n'a pas des signes de certitude absolue sur le siège d'une lésion viscérale quelconque. On découvrira ainsi des lésions latentes, non moins graves, parce que silencieuses, de l'estomac.

Lorsque les autres moyens cliniques auront déjà révélé l'existence d'une sténose ou d'un rétrécissement allant de pair avec un ulcère, il sera toujours utile de la vérifier par l'écran : on trouvera une image très caractéristique au point même qu'il n'y aura pas lieu d'user de bismuth, la stase des aliments et du liquide dessinant suffisamment les contours de la poche gastrique. On remarquera : le diaphragme gauche refoulé en haut, aussi ou plus élevé que le droit. La zone gazeuse est étalée, mince et large, formant une calotte hémisphérique, très réduite en hauteur et qui semble même par-

fois disparaître au moment où l'estomac se contracte. Cette sténose pré-pylorique se distinguera très aisément de la sténose médiogastrique qui donne sur l'écran deux renflements : un supérieur, l'autre inférieur, communiquant plus ou moins largement ensemble. En outre, on voit des contractions péristaltiques qui n'ont pas lieu dans cette région à l'état normal.

Un ulcère s'accompagne très fréquemment de péri-gastrite et d'adhérences; on conçoit alors que sous l'action de ces complications, l'estomac n'est plus exactement la forme que nous avons décrite précédemment.

Plusieurs cas se présentent; nous allons les signaler :

1° L'estomac ne descend pas à son niveau normal dans l'attitude verticale; il semble rétracté, plus petit que de coutume. Cet état de choses serait dû à des adhérences en nappe étendue.

2° L'estomac ne descend pas au niveau inférieur habituel, mais il a son volume normal. Il présente seulement une direction beaucoup plus oblique à droite que de coutume, la région pylorique est sur le bord droit de la colonne vertébrale et souvent le dépasse notablement. Dans ce cas, il faut songer à une lésion du pylore. Cependant le seul examen aux rayons X ne saurait donner une certitude sur le siège de la lésion; des adhérences de la vésicule biliaire peuvent donner la même image.

3° Le fond de l'estomac est à son niveau normal, ou peut même descendre plus bas; sur le trajet du corps, on constate une déviation à droite. Cette forme n'existe jamais dans les ulcères récents; elle ne présente donc que peu d'intérêt dans cette étude.

Lorsqu'il s'agit d'un estomac sans rétrécissement, sans sténose, sans adhérence, peut-on tirer encore par les rayons X une indication utile? Oui. L'arrivée du bol alimentaire éveillera souvent des contractions profondes et prolongées qui pourront faire soupçonner une lésion. Mais ce qui a une très grande importance, c'est la production du *spasme localisé*, qui aura lieu sous deux influences : la première, l'arrivée à l'endroit lésé du bol alimentaire. Il se produit alors un spasme donnant sur l'écran un étranglement plus ou moins long et serré, qui peut quelquefois, étant donné sa durée, laisser croire à un rétrécissement; la pression du point douloureux provoquera aussi cette contraction. Quand ces deux expériences sont positives, on peut affirmer une ulcération gastrique.

Grâce aux rayons X, on pourra souvent confirmer des diagnostics d'ulcère et même parfois les établir de toute pièce par ce seul moyen. Cependant il ne faut pas oublier qu'il faut une grande habitude de l'écran radioscopique, pour obtenir des interprétations justes, qu'il y a souvent difficulté à diagnostiquer le spasme du rétrécissement. M. Ricard en a montré un cas très caractéristique à la Société de Chirurgie. Un estomac divisé par un simple spasme avait été pris pour un estomac biloculaire. Enfin, il faut savoir que sur l'écran certaines petites encoches qui sont généralement prises pour des diverticules de l'estomac ne sont autre chose que la cavité d'un ulcère se remplissant de lait bismuthé.

Pratiquement, il sera dans la grande majorité des cas facile d'éviter les causes d'erreur et la radioscopie sera

un excellent auxiliaire dans la recherche des ulcères gastriques tant à leurs débuts que dans leur évolution.

De plus, elle aura l'avantage de rechercher les complications qui peuvent survenir après une opération sur l'estomac et de suivre les progrès du traitement médical. Nous citons une observation où l'on voit les renseignements précieux fournis par les rayons X chez un malade qui avait déjà eu une gastro-entérostomie.

## STÉNOSE PYLORIQUE

---

Quand on est en présence d'un malade chez lequel le diagnostic de sténose pylorique avec grande dilatation s'impose, il faut songer à un ulcère de l'estomac. Grâce aux commémoratifs, il sera facile de retrouver la cause de cette affection et de vérifier s'il y a ou non ulcération; on emploiera les moyens que nous avons indiqués : examen des selles, radioscopie qui donneront généralement des signes de certitude. Cependant on ne pourra pas toujours établir par les précédents examens un diagnostic certain. Mais ce qui ne manquera presque jamais, ce sera l'hyperchlorhydrie liée à la stase. Certes il est permis de songer à un polype pédiculé ou à un corps étranger. Mais ces faits sont tellement rares que seul l'hésitation pourra exister qu'entre un cancer et un ulcère. Nous traiterons plus loin du diagnostic entre ces deux affections; disons simplement que la sténose pylorique doit éveiller chez le médecin la pensée d'un ulcère juxta-pylorique. Nous considérons que ce signe est un de ceux qui peuvent apparaître le premier, et de ce fait, mérite d'être signalé ici.

Signalons en terminant un symptôme qui très souvent se joint au signe précédent : la constipation. Certes la constipation se retrouve dans un grand nombre d'affections et l'on ne peut guère lui donner une valeur pathognomonique. Pourtant elle ne manque jamais ou presque jamais, et pour nous elle a son importance d'intérêt au sujet du diagnostic, si l'on considère que la gastrite chronique est très fréquemment accompagnée d'une diarrhée opiniâtre.

## DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'ULCÈRE JUXTA-PYLORIQUE

---

Vis-à-vis d'un ulcère dans la région juxta-pylorique est-il possible d'établir le siège exact de l'ulcération. Est-elle pré-pylorique ou post-pylorique. Suivant les travaux de Meunier, la chose est possible. S'il y a une lésion en amont, on trouve du sang dans le liquide utilisé au lavage de l'estomac; s'il n'existe pas de trace de sang, on peut conclure à une lésion de la région post-pylorique. Nous ferons à cette théorie plusieurs critiques. La première; elle est trop schématique : certes, il est des cas où il y a ulcération nettement rétro ou pré-pylorique, mais ce sont les plus rares. Dans la généralité des cas, on trouve des ulcérations qui sont pyloriques avec plus ou moins d'envahissement du côté pré et rétro-pylorique. Dans ces cas, on trouve le sang tout aussi bien dans le liquide que dans les selles. La seconde est que nous ne croyons pas qu'il soit possible de faire un diagnostic d'ulcère par l'emploi d'un seul signe. Nous ne nions point la grande valeur de l'hémorragie occulte, mais il y a des cas où elle n'existe jamais. Or Meunier s'appuie sur ce seul argument, ce qui nous paraît in-

suffisant. Enfin, dans un chapitre précédent, nous avons dit que parfois on ne retrouvait pas de sang dans le liquide ou le repas d'épreuve, alors même que la lésion était nettement gastrique. Dans ces cas, l'épreuve de Meunier mènerait à une erreur de diagnostic.

Tout cela n'a d'ailleurs qu'une valeur théorique. Aussi n'insisterons-nous pas plus longuement, car quel que soit le siège de l'ulcération juxta-pylorique, le traitement médical et même chirurgical est absolument le même dans les deux cas.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

---

Etant donné la rapidité, parfois très grande, avec laquelle se présente les accidents graves de l'ulcère juxta-pylorique, le clinicien devra chercher à établir, dans le but d'appliquer une thérapeutique, *ad hoc*, le plus rapidement possible quelle est la nature du mal lorsqu'il se trouvera face à face avec un malade se plaignant de troubles non seulement du côté de son estomac, mais du côté de son abdomen tout entier. Dans cette région du corps humain, les affections sont nombreuses, rarement délimitées par des signes exclusivement nets, et de grosses erreurs peuvent être commises. Nous allons passer en revue les états pathologiques qui peuvent être confondus avec l'ulcère de l'estomac, plus particulièrement avec l'ulcère juxta-pylorique.

Citons simplement la cholécystite et l'appendicite aiguë que bien qu'accompagnées de douleurs et de vomissements, ont des signes par trop particuliers pour qu'une erreur soit possible. Le point de Mac Burney bien établi écartera aussi la confusion avec l'appendicite chronique...

Une intoxication par les alcalis ou acides (sublimé ou tartre sibié) peut simuler, au début un ulcère; mais les commémoratifs, et l'évolution que prennent rapidement les symptômes propres à chaque intoxication lèveront tous les doutes.

Certains cas d'urémie gastro-intestinale, surtout si les accidents ont débuté brusquement, donneront tout l'aspect de l'ulcère; il y aura des hémorragies parfois même abondantes, mais il y aura toujours en même temps une céphalée constante, du myosis de l'oligurie et de l'albuminurie. De plus, le sujet brightique est plus avancé en âge généralement qu'un ulcéreux.

Les accidents gastriques aigus du diabète sucré se reconnaîtront facilement à la recherche du glucose dans les urines. De plus, ces phénomènes étant surtout provoqués par la dyspepsie due à la polyphagie il sera facile souvent par une modification du régime alimentaire d'en arrêter le cours.

MM. Mathieu et Baraton ont signalé que la ptose rénale peut, dans certains cas, s'accompagner de phénomènes gastriques paroxystiques. Le diagnostic est difficile à établir; on remarque simplement que l'irradiation de la douleur a une direction lombaire plutôt que dorsale et interscapulaire, — lorsqu'il y a hydro-néphrose, la palpation révèle une tumeur qui orientera le diagnostic.

Moins délicate sera la différenciation de la colique néphrétique; l'irradiation douloureuse vers les organes génitaux est très spéciale. Il y aura en même temps oligurie et hématurie, de même la colique hépatique;

grâce à ses signes propres, ne saurait créer longtemps d'hésitation chez le clinicien.

La colique de plomb est un des syndromes qui, avec son début brusque, son intensité très grande de douleur et ses vomissements peut faire souger à une ulcération gastrique. Mais à côté de ces signes, on retrouvera les stigmates de l'intoxication saturnine chronique : l'existence dans les jours qui ont précédé la crise de troubles digestifs ou d'un excès alimentaire ; l'aspect du malade qui, pour calmer ses douleurs, comprime fortement son abdomen avec ses deux mains. L'examen de l'abdomen confirme le diagnostic en montrant la paroi rétractée en totalité, hyperesthésique et la diffusion de la douleur.

Il n'y aura pas de confusion possible après un examen complet chez les femmes qui ont des douleurs d'estomac et des vomissements dus à l'état de leur paroi relâchée et à des ptoses viscérales multiples. Le cas a été étudié par Mathieu qui donne le nom de « crises coliques » à ces affections où le gros intestin est toujours intéressé.

Il ne faudra jamais négliger de pratiquer le toucher rectal qui pourra révéler l'existence d'un cancer du rectum qui expliquera à lui seul tous les troubles dyspeptiques.

Dans la pratique, les erreurs se montrent très rarement avec les cas qui précèdent ; il n'en est pas de même vis-à-vis des quatre affections suivantes dont nous allons discuter plus longuement le diagnostic : l'hyperchlorhydrie simple ; l'ulcère du duodénum, le cancer de l'estomac et la crise gastrique du tabes.

**Hyperchlorhydrie simple.** — Soupault émet l'opinion que lorsqu'on se trouve en présence d'une hyperchlorhydrie, il y a toujours coexistence de lésions ulcéreuses. Cette affirmation est par trop absolue. Oettinger et son interne Sauphar ont étudié la question et sont arrivés à démontrer que dans 100 cas d'hypersecrétion il y avait 72 cas d'ulcérations et 28 cas de simple hyperchlorhydrie. Il est difficile au premier abord de faire le diagnostic entre ces deux affections, car le malade atteint d'hyperchlorhydrie simple se présentera avec les mêmes signes d'anémie, de troubles, qu'un ulcéreux. Cependant en le questionnant, on se rendra compte que ses douleurs sont moins intenses, moins bien localisées, n'apparaissant pas d'une façon aussi systématisée. Enfin, le malade mis dans les conditions de régime nécessaire, on constatera l'absence des hémorragies occultes, et souvent l'absence du liquide à jeun; quand il y a du liquide, il ne contient pas de débris alimentaires. Ces deux signes fixeront le diagnostic. Il faudra en faisant cet examen se rappeler la grande fréquence de l'ulcère et ne pas se borner à un seul examen coprologique, l'intermittence de l'hémorragie étant la règle dans cette affection.

Une preuve de diagnostic excellent est celui du repas donné au malade. Supprimer toutes préoccupations, une vie à la campagne, en dehors du bruit et du mouvement donneront en un temps très court de véritables résurrections. Chez ces malades atteints simplement d'hyperchlorhydrie, et que certains auteurs appellent de « faux gastropathes », on conçoit que lorsqu'il y a réellement

une lésion, une amélioration, lorsqu'elle aura lieu, ne saurait se produire d'une façon aussi rapide, aussi éclatante surtout.

**Ulcère du duodénum.** — Diagnostic très difficile, la plupart du temps. Il peut s'établir cependant en étudiant point par point les trois signes.

1° *Troubles digestifs.* — Intenses dans l'ulcère gastrique, ils sont à peu près nuls dans l'ulcère du duodénum. Bucquoy a pu sur ce seul signe fixer un diagnostic. Dans l'ulcère du duodénum, l'appétit persiste, la santé demeure très bonne entre les crises, et dès que l'hémorragie a cessé, il y a reprise immédiate des forces.

2° La douleur est localisée, surtout : dans l'ulcère juxta-pylorique, en avant vers la pointe xyphoïdienne et en arrière dans la région correspondante du rachis et souvent dans la région interscapulaire. Dans l'ulcère duodénal, l'irradiation est au contraire plus basse vers les deux premiers lombaires (Delagenière), et en avant elle est plus spécialement localisée à l'hypochondre droit, entre le bord inférieur des fausses côtes et de l'ombilic sur le bord externe du muscle droit, d'où elle diffuse dans le flanc droit et dans l'épaule du même côté. Parfois l'irradiation existe dans l'épaule gauche (Bucquoy et Oettinger). Oettinger cite plusieurs cas où il a pu à la palpation éveiller une douleur en un siège très net, niveau du bord externe du muscle grand droit vers la région de la vésicule biliaire. La douleur a dans les deux maladies le même caractère en tant que sensation : brûlure, morsure, déchirement, mais dans l'ulcère gas-

trique elle commence rapidement, après le repas et dure tout le temps de la digestion ; dans l'ulcère duodénal, elle commence beaucoup plus tard : 3, 4, heures après, quand le pylore s'ouvre et que la digestion intestinale va commencer.

Les hémorragies surviennent sous forme d'hématémèse dans l'ulcère gastrique et d'entérorragie dans l'ulcère duodénal. Ce fait n'est pas absolument constant, et il serait très osé de se fixer sur cette constatation pour opter vers l'une ou l'autre de ces deux affections. Il faut reconnaître toutefois qu'avec le temps la prédominance du mœlena ou de l'hématémèse deviendra un bon signe de diagnostic.

A côté de ces trois points cardinaux, il en est d'autres : on trouve dans l'ulcère du duodénum, bien moins de dilatation ; parfois même l'exploration à la sonde ne ramène aucun liquide. L'image radioscopique indique une attraction de l'estomac vers la droite très marquée due sans doute à des adhérences. On remarque aussi l'absence de distension du fundus et le peu de fréquence des contractions péristaltiques très marquées dans l'ulcère juxta-pylorique, surtout pré-pylorique.

**Cancer de l'estomac.** — Dans l'exposé classique des signes du cancer et des signes de l'ulcère, il semble relativement aisé d'établir le diagnostic entre ces deux affections. Fréquemment, en effet, il en est ainsi, mais il existe aussi des cas où la difficulté est presque insurmontable. Ce n'est que par l'analyse méticuleuse des signes que l'on parvient à éviter l'erreur.

La douleur n'a pas, dans le cancer, la même intensité, le trajet en broche, ni son apparition survenant régulièrement à pareille heure après le repas.

Les douleurs sont plus rares, plus sourdes, plus tardives, plus diffuses. Ce n'est pas enfin un signe de début comme dans l'ulcère de l'estomac.

Il est difficile de tirer une signification de l'hématémèse autre que celle d'une plaie stomacale. Est-ce un cancer, est-ce un ulcère? Il est souvent impossible de répondre : les hématémèses du cancer sont plus rares, moins abondantes, plus mélangées aux aliments, plus « marc de café » que celles de l'ulcère, mais ces signes sont inconstants et qu'il s'agisse de cancer, de gastrite, ou de dilatation, les hématémèses peuvent survenir d'une façon analogue.

« La tumeur ou induration siégeant dans la région épigastrique dit Dieulafoy, et survenant chez un malade atteint de troubles dyspeptiques, de vomissements et d'hématémèses, d'amaigrissement, de symptômes cachectiques, cette tumeur est généralement considérée comme l'appoint le plus important au diagnostic du cancer de l'estomac. Eh bien, je ne crains pas de le dire, au risque de paraître paradoxal, c'est la tumeur qui cause le plus souvent l'erreur de diagnostic ». A l'appui de ces dires, l'auteur présente des observations recueillies par Kolaschevosky, Billroth, Salzer, Ortmann, Southam, Chaput, Doyen.

L'état cachectique progressif peut très bien exister dans les deux cas. On remarque : décoloration des tissus, teinte jaune paille, œdème des jambes, etc., et sur ces

seuls signes, il est impossible de tirer une indication en faveur de l'une ou de l'autre affection. Cette cachexie est due aux hématomés; dans le cancer où elles sont continues, cet état cachectique va toujours en augmentant; dans l'ulcère, la forme intermittente des hémorragies peut donner des arrêts dans la marche de l'anémie et même des régressions dont la constatation peut faciliter le diagnostic, mais nous avons dit précédemment au sujet des hématomés combien est relative la valeur de ce signe et le peu d'arguments qu'il apporte.

Tous les phénomènes qui précèdent peuvent donner une orientation vers tel ou tel diagnostic, mais à eux seuls ils ne sauraient apporter une certitude; pour qu'ils prennent toute leur valeur, il faut qu'ils soient accompagnés des signes suivants : La phlébite oblitérante est un signe de cancer absolu; Trousseau a vérifié sur lui-même cette affirmation. Il diagnostiqua à une phlegmatia de la jambe un cancer d'estomac dont il mourut 8 mois plus tard. Malheureusement, ce signe n'existe pas toujours, et quand il apparaît, il n'a pas forcément le caractère de précocité qu'il a eu dans le cas de Trousseau.

La constatation d'engorgement ganglionnaire dans la région sus-claviculaire est en faveur d'un néoplasme. Cependant, Girode a cité deux observations qui témoignent de l'adénopathie sus-claviculaire gauche au cours de l'ulcère de l'estomac.

L'abaissement du taux de l'urée ne paraît pas avoir une grande importance. Il serait plutôt en faveur du cancer, mais il y a beaucoup de maladies de la nutrition qui se manifestent par une diminution de l'urée.

Beaucoup plus utile sera l'examen du chyme stomacal, qui nous renseignera sur sa valeur qualitative et quantitative. On se trouvera en présence d'hyper- ou d'hypo-chlorhydrie. Le coefficient normal de HCl est 1,7 (Dieulafoy); si ce chiffre est augmenté, on peut conclure à une ulcération; dans ce cas, on arrive fréquemment à des valeurs de 3, 4, 5, p. 1000. Quant au contraire, ce coefficient est diminué ou même disparu, on peut affirmer un cancer de l'estomac. Ce procédé est à peu près absolu. On a bien cité des cas où le cancer était accompagné d'hyperacidité, mais ces faits sont rares, et en pratique, entre le cancer et l'ulcère, c'est par la valeur HCl que s'affirmera le diagnostic. C'est à ce dernier argument qu'il convient d'accorder le plus d'importance pratique.

**Gastralgietabétique.** — Devant un malade qui vomit, qui a des brûlures d'estomac, des hématomèses, qui se cachectise, il est nécessaire tant au point de vue thérapeutique que pronostic de reconnaître si l'on a affaire à un ulcéreux ou à un tabétique faisant une crise gastrique. Les crises viscérales de la période pré-ataxique se manifestent par de la douleur, des vomissements, parfois aussi hématomèse, torpeur et tendance au collapsus. Ces vomissements sont incoercibles; rien ne peut les arrêter — (nous avons un malade dans le service, qui au moment de ses crises, vomit parfois pendant près de 24 heures sans qu'aucun remède ne puisse arriver à le calmer et toute alimentation devient impossible durant ce temps). La différence de ces crises avec celles de

l'ulcère de l'estomac s'établit par la variabilité du moment de crise qui se produit à n'importe quel moment, sans aucun rapport avec l'alimentation ni les occupations du malade. Avec l'ulcère, le malade souffre parfois beaucoup sans vomir; le tabétique vomit toujours. Il se joint à la douleur de ce dernier une sensation de soif très vive qu'il n'arrive pas à apaiser puisqu'il rejette immédiatement les moindres parcelles de liquide qu'il a pu avaler. En général, la crise du tabétique est plus dramatique et peut aller même jusqu'à la mort; le fait est heureusement très rare. La crise terminée, tout rentre dans l'ordre et l'on ne retrouve pas comme dans l'ulcère des reliquats, sous forme de clapotage, d'hyperchlorhydrie. La recherche du sang dans les selles est toujours négative en dehors des crises. L'euphorie qui existe chez le tabétique contraste beaucoup avec l'état de tristesse, d'abattement qui est la caractéristique de l'ulcéreux. Enfin, on complètera les renseignements en relevant les autres signes de la période pré-ataxique : (douleurs fulgurantes, phénomènes nerveux de la face, des viscères, troubles des organes génitaux, etc., etc.), et s'il restait encore quelques doutes, il suffirait de rechercher la lymphocytose et l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

## OBSERVATIONS

---

### Observation I.

M. J..., 38 ans. Consulte pour la première fois le 2 juin 1911. Souffre dans la région des omoplates et du niveau de l'estomac, cela depuis un temps indéterminé. Ce sont des douleurs lancinantes, brûlantes, ou parfois des crampes pénibles, ou simplement des brûlures. Au réveil, pas de douleurs, mais des vertiges.

Le petit déjeuner les fait disparaître.

Vers 10 heures apparaissent des crampes et des douleurs dans la région interscapulaire. Le repas de midi calme ou fait disparaître complètement ces phénomènes, mais si l'alimentation a été légère, peu abondante, des douleurs apparaissent au bout de très peu de temps : si l'alimentation est plus copieuse, une gêne persistante apparaît peu après le repas, et les douleurs ne se montrent que quatre heures après. Vers 4 heures de toutes façons, quel qu'ait été le repas de midi, le malade souffre.

Les signes sont les mêmes au repas du soir et à celui de midi.

La nuit, le malade est réveillé par une sensation pénible de faim, et aussi parfois par des douleurs interscapulaires.

Jamais de vomissements. Grande constipation quantitative, les selles étant fréquentes, mais extrêmement peu abondantes.

L'examen est pratiqué deux heures après le repas. L'estomac ne descend pas au-dessous de la ligne costo-ombilicale, clapote peu. Le côlon est spasmodique sur toute son étendue et douloureux.

En dehors de lésions vertébrales dues à un mal de Pott de l'enfance, le malade est normal : poumons, cœur, reins, en bon état.

Le traitement consiste en poudres absorbantes, carbonate de Bi et solution sulfatée.

18 juin. — Le malade se trouve très amélioré, mais présente un certain degré de gonflement après les repas. De plus, les selles sont fétides dès que le sulfate de soude est cessé.

Examen à jeun : l'estomac est ou semble vide, le côlon est très contracté.

La réaction à la benzidine est très violemment positive.

Même traitement. Régime : pâtes et farine. Belladone.

3 juillet. — Aucune espèce de douleur. Seule la constipation persiste.

Le tubage de l'estomac à jeun ramène 60 centimètres cubes de liquide, bien qu'il n'y ait aucun clapotage cliniquement décelable. Dans le liquide, très acide, on trouve des débris d'aliments et des caillots de lait.

Spasme colique avec dilatation du côlon ascendant où on trouve du liquide qui clapote.

Belladone. Bismuth. Régime de pâtes et bouillies.

Benzidine : réaction très intense.

3 et 4 août. — La réaction hématique reste très marquée.

Le 4 août, le malade s'affaiblit. Il ne souffre plus, mais l'estomac se distend. On perçoit nettement à jeun du clapotage péri et sous-ombilical.

Même régime. Même traitement avec un peu de strychnine.

14 et 23 août. — Mêmes signes. La réaction à la benzidine est toujours aussi intense.

5 septembre. — Les douleurs d'estomac, crampes, brûlures, ont disparu : le malade prend des poudres (magnésie, craie)

et du carbonate de Bi de façon intermittente. Mais la distension gastrique augmente, le malade s'affaiblit. La réaction hématique est positive.

19 septembre. — M. Delagenière fait une laparatomie. Il trouve des adhérences multiples, un ulcère juxta-pylorique et des noyaux inflammatoires du pancréas. Gastro-entérostomie postérieure. Suites opératoires normales.

1<sup>er</sup> octobre. — Le clapotage persiste : aucun signe fonctionnel. Réaction à la benzidine très marquée.

3, 5 et 7 octobre. — La réaction à la benzidine reste positive, mais l'atonie gastrique diminue progressivement. Le malade suit le régime lacto-farineux et digère très bien.

9 octobre. — Réaction à la benzidine négative.

12, 15 et 17 octobre. — Bon état digestif. Réaction des fèces négative.

En novembre, janvier, mars, de nouveaux examens ont été négatifs. L'état général, comme l'état digestif, est bon. Le malade, cependant, suit un régime qui consiste à ne pas prendre les aliments proscrits dans le régime d'exclusion de notre maître Mathieu.

## Observation II.

H... âgé de 21 ans. Ce malade est venu consulter pour la première fois en 1911, au mois d'octobre. Il venait de faire une cure à Vichy, envoyé là par un médecin d'Angers. Il y fut soigné par le Dr Parturier, qui lui trouva des lésions vésiculaires. Il consulta vers la fin de sa cure notre collègue et ami Garban, qui, à jeun, décela une grande quantité de liquide de stase et nous adressa le malade.

Jeune homme pâle, d'une extrême nervosité ; très justement inquiet de son état. Il présente depuis quatre ou cinq ans des troubles gastriques consistant en brûlures, douleurs épigastriques irradiées aux lombes et à la région interscapulaire.

Le matin à jeun : nausées, brûlures.

Le petit déjeuner calme ces signes.

A 11 heures, les douleurs, les crampes, les brûlures, reprennent de plus belle.

Après le repas de midi, gonflement, puis douleurs qui augmentent progressivement jusque vers 4 ou 5 heures après-midi.

La nuit, sommeil mauvais, avec réveil fréquent par douleurs dans le dos.

L'examen à jeun révèle une quantité appréciable de liquide : un tubage pratiqué à un examen ultérieur montre nettement la stase : liquide abondant, souillé de débris alimentaires.

L'examen des selles à la benzidine est pratiqué chaque semaine deux fois et est constamment positif. Pourtant, au bout de deux mois de traitement, il y eut une réaction très peu intense, et parfois des réactions négatives.

Le malade fut examiné chez M. le Dr Lefournier et l'écran radioscopique montra un estomac distendu, avec une grosse poche d'air et de la stase. Le malade fut suivi très exactement pendant trois mois, mais je dois résumer son observation, qui a été égarée chez le chirurgien, m'a dit ce malade.

Le malade fut traité par les moyens habituels, et les douleurs s'atténuèrent, mais sans qu'une grosse amélioration soit notée : pas d'engraissement et gêne gastrique, réapparition de douleurs dès qu'on cessait la médication.

Malgré l'avis formel de plusieurs médecins qui affirment au malade et à sa mère que seule la névropathie était en cause, une intervention fut décidée, et voici la note que M. le professeur Monprofit voulut bien nous faire communiquer.

Incision de la paroi sus-ombilicale : l'estomac apparaît dilaté.

Tractus cicatriciels, partant de la partie inférieure du pylore et descendant au devant de l'épiploon. Il y a un véritable lacis veineux, qui monte du bord inférieur du pylore vers sa face antérieure et son bord supérieur.

Induration pylorique, vésicule biliaire normale.

Nous portons le diagnostic d'ulcère pylorique.

Une gastro-entérostomie est faite.

Le malade s'améliore rapidement. Il présente des hémorragies occultes faibles pendant une quinzaine de jours, mais elles disparaissent ensuite. Nous l'avons déjà envoyé à Plombières faire une cure pour combattre des douleurs coliques avec spasme intestinal. Depuis il a repris sa vie habituelle et passé brillamment deux examens : il a repris du poids et semble en parfaite santé. De fréquents examens coprologiques faites depuis n'ont montré aucune réaction hématique.

### Observation III.

G..., 20 ans. En 1910, violentes hématoméses durant douze jours, traitées par la diète hydrique. Puis reprise brusque de l'alimentation habituelle, sans aucun régime. Le malade nous consulte pour la première fois huit mois après ces accidents. Il présente une douleur intermittente et tous les signes caractéristiques d'un ulcère. Nous avons publié cette observation tout au long avec M. Delagenière. Aussi n'en donnons-nous qu'un résumé :

L'examen du malade dénote le 2 octobre, à jeun, un estomac très distendu, contenant de l'air et du liquide en grande abondance. Le foie est petit, le côlon contractile. Le tubage ramène 60 centimètres cubes de liquide floconneux, trouble, un peu verdâtre, sans gros débris alimentaires. Les fèces présentent une violente réaction à la benzidine.

En très peu de temps, sous l'influence du traitement classique de l'ulcère d'estomac, la douleur et tous les signes que notre maître Mathieu groupe sous le nom d'équivalent de la douleur (sommolence, etc.) ont disparu, mais le clapotage persiste et les hémorragies occultes sont aussi intenses.

Au mois de janvier 1911, après deux mois de traitement, voici quel est l'état du malade : Plus de douleur. Un peu de

pesanteur après le repas, mais liquide à jeun et hémorragies occultes très nettes : l'examen a été positif régulièrement et pratiqué pendant ce temps chaque semaine. Le malade a engraisé de 4 kilogrammes.

Le 25 juin, mêmes signes. Le malade traité depuis huit mois, a vu disparaître ses signes fonctionnels, sauf une gêne d'intensité variable au niveau de l'épigastre, quand il absorbe une quantité de nourriture plus grande que de coutume ; pour cette raison, le malade ne mange pas à sa faim. De plus il présente une stase marquée et des hémorragies occultes. Le 30 juin, M. Delagenière fait une gastro-entérostomie. La laparatomie permet de voir un gros intestin adhérent à la région pylorique postérieure, un estomac descendu, attaché par des adhérences résistantes et vasculaires. Suites opératoires extrêmement remarquables, l'anse grêle s'étant trouvée obturée en bas, l'estomac n'ayant pu faire sa rétraction par suite de la solidité des adhérences : nous n'insisterons pas ici sur ce point, qui est du domaine purement chirurgical. Le 28 juillet, les réactions à la benzidine étaient positives, faites régulièrement. A partir du 8 octobre, la recherche de la réaction hématique, faite de temps à autre a été négative, et le malade a repris une vie normale. Il s'est d'abord tenu à régime excluant tous les mets d'une digestion pénible, en excitant la sécrétion gastrique, puis a fait une série d'écarts de régime, allant jusqu'à avoir des indigestions de cidre doux et de pommes de terre frites : les réactions sont restées nulles, comme les troubles fonctionnels.

#### Observation IV.

*Un cas d'ulcère rond chez un vieillard de 82 ans  
atteint de brightisme.*

Depuis plusieurs années, ce malade vivait dans le service des Incurables où il avait été admis pour sénilité. Il ne

suivait pas de traitement spécial, l'examen de ses urines n'ayant jamais montré d'albumine. A l'occasion d'un rhume ou d'une fatigue quelconque, il venait parfois à l'infirmerie où un régime lacté et quelques cachets de théobromine le remettaient rapidement dans son état habituel.

En février 1913, il fait une crise d'urémie avec œdème des membres inférieurs, dyspnée nocturne et état mental légèrement troublé, caractère changé, mais pas de phénomène gastrique; le malade reste quinze jours à l'infirmerie et se retire guéri. Mais, en avril, le malade revient à nouveau avec des signes d'urémie, mais pas d'urémie gastrique. Aucun trouble digestif; au contraire, le malade a faim, mange de tout et accepte difficilement la diète hydrique et lactée que réclame son état. Bien que le repos absolu ait été prescrit, le malade se levait toujours un peu dans la journée.

Un soir, sans que rien puisse laisser prévoir semblable événement, le malade à peine couché vomit un litre de sang frais, sans douleur, sans effort. Puis il s'endort sans paraître plus inquiété de cet accident.

Le lendemain matin à l'examen, on ne trouve aucun point douloureux dans la région épigastrique, le malade déclare ne souffrir nullement, ni dans cette région, ni dans la région dorsale. A l'auscultation du cœur, pas de souffle orificiel, mais un souffle inorganique dans le troisième espace intercostal droit près du sternum. A l'auscultation du poumon, on trouve un foyer de râles de congestion dans la région moyenne du poumon gauche à l'arrière. L'état d'oppression du malade est plutôt diminué et il ne se plaint que pour réclamer des aliments.

Le soir, le malade est repris à nouveau d'un vomissement abondant et spontané : la quantité vomie est de 500 grammes environ. Cette fois encore, tout se passe sans douleur, tant au point de vue subjectif qu'objectif.

Dans la journée du lendemain, le malade ne vomit plus de sang. Il rend seulement quelques grammes de sang noir

(marc de café). Il continue à se déclarer bien et absorbe avec facilité le lait glacé qui lui est exclusivement servi. Le jour suivant, le malade, se croyant tout à fait guéri, se lève vers 10 heures du matin, cause avec ses camarades, puis, pris d'un malaise, se remet au lit et expire presque immédiatement après, sans un cri, sans un geste, sans aucune manifestation de souffrance.

**Autopsie.** — A l'ouverture du corps, du liquide partout dans les plèvres, le péricarde et l'abdomen.

L'estomac est très dilaté ; sa grande courbure descend d'un travers de main au-dessous de l'ombilic, les parois sont très minces et l'arbre vasculaire est très apparent. A 1 centimètre et demi du pylore, on trouve un ulcère du diamètre d'une pièce de 1 franc avec ses bords coupés à pic ; le fond de l'ulcère est à 2 millimètres de profondeur ; au milieu de l'ulcération, une petite surélévation grosse comme un grain de blé au centre de laquelle on aperçoit un point noir, qui semble être la lumière du vaisseau qui a saigné. Tout autour de l'ulcère s'étalent en rayonnant des arborisations vasculaires.

Les reins sont petits, 110 grammes, bouchés ; la capsule très adipeuse est fortement adhérente, la couche corticale n'a que 4 millimètres dans le rein gauche ; au sommet on remarque un kyste rempli d'un liquide clair, de la grosseur d'une noix.

Le foie est réduit à 650 grammes. La capsule est scléreuse, le lobe gauche est surtout le plus atrophié et ne pèse que 50 grammes. A la coupe, le foie est scléreux, il crie sous le couteau. La rate de volume normal est congestionnée, mais le parenchyme paraît normal. Au pôle supérieur, on remarque un épanouissement cartilagineux blanc jaunâtre de la capsule ; on dirait que l'on a laissé tomber de la cire de bougie sur cette partie de la rate. Macroscopiquement, ce tissu paraît scléreux et cartilagineux.

Les poumons sont congestionnés, les plèvres présentent des

adhérences anciennes des deux cols vers les bases. Le cœur pèse 500 grammes, augmenté de volume, plus hypertrophié que dilaté; aucune lésion orificielle; l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche.

L'examen histologique de la pièce, fait obligeamment par M. le Dr Beauchef, a montré qu'il s'agissait d'un ulcère calleux en voie de cicatrisation et de rétraction fibreuse, sans trace de dégénérescence cancéreuse. Le vaisseau, que l'on aperçoit au fond de l'ulcère, et qui est la cause de l'hémorragie, est atteint; artérite chronique à tendance oblitérante.

Etant donné l'état d'urémie parfaitement constaté chez le malade, on aurait pu croire sans l'autopsie à une gastrite urémique ulcéreuse et on aurait pu attribuer l'hémorragie du malade à l'intoxication azotémique.

L'examen nécroscopique a permis de se rendre compte de la cause exacte.

Une autre particularité intéressante de cette observation est l'âge du malade : un vieillard de 82 ans, peut-être porteur d'un ulcère chronique de l'estomac, sans qu'aucun trouble digestif ne l'ait signalé.

### Observation V.

*Perforation d'un ulcère d'estomac. Absès sous-phrénique; pyo-pneumo-thorax. Mort.* (Observation obligeamment communiquée par M. le Docteur MORDRET).

Le 22 novembre 1905, je fus appelé à 10 heures du soir auprès d'un mécanicien qu'on venait de ramener de son travail, qu'il avait dû interrompre dans les conditions suivantes : En faisant marcher le régulateur d'une machine à vapeur, mouvement qu'il répétait très souvent, il éprouva une certaine résistance et fit un effort un peu plus violent, sans cependant dépenser une force excessive. Il ressentit immédiatement une violente douleur dans la région de l'hypochondre gauche,

ne perdit pas connaissance, mais dut interrompre tout travail, se coucher auprès de sa machine et être ramené chez lui avec de violentes souffrances. Je le vis 4 heures environ après l'accident. Le facies était tiré, exprimant une vive douleur, la parole un peu entrecoupée, le pouls fréquent et assez petit; il y avait eu quelques vomissements alimentaires, le ventre était douloureux dans son ensemble, mais le point accusé par le malade siégeait un peu au-dessous des fausses côtes gauches. Il y avait une défense musculaire très nette. La température ne fut pas prise mais semblait normale. Mon diagnostic fut immédiatement rupture intestinale, mais je ne pouvais l'expliquer : étant donné le peu de rapports entre la cause et l'effet produit, cet effort, en somme peu violent, ne me paraissait pas suffisant pour expliquer un semblable accident et il était absolument affirmatif pour rattacher l'accident survenu à l'effort qu'il avait fait. Je fis une piqûre de morphine et revins voir mon malade dès le lendemain matin. La situation était la même, sauf les douleurs spontanées un peu moins vives, même défense musculaire, plusieurs vomissements pendant la nuit, mais plus de calme général. Je voulus le faire transporter à l'hôpital, considérant qu'une intervention était pleinement justifiée. Le malade s'y refusa. Je fis appliquer de la glace sur le ventre et donner de l'opium à dose fractionnée, aucune alimentation qu'un peu de glace. Le soir, même état, les vomissements deviennent presque incoercibles, pas de ballonnement du ventre, quelques gaz. Pendant 4 jours, la situation ne changea pour ainsi dire pas, tellement elle s'améliora lentement; cependant les vomissements cessèrent, le lait glacé fut accepté et passa, la douleur abdominale diminua; nous eûmes plusieurs fois des selles qui ne présentaient aucune particularité, le pouls restait toujours aux environs de 100 et assez petit. Il n'y avait pas de température.

Les jours suivants je revis le malade moins régulièrement, la situation n'était plus alarmante; je restai toujours fort indécis sur les lésions qu'il avait dû présenter; il fut bientôt

assez bien pour prendre quelque nourriture, je le trouvai levé auprès de son feu; il prétendait toujours souffrir un peu et commençait à tousser et à cracher comme un vieux bronchitique. Il avait quelques râles disséminés dans la poitrine.

Le 11 décembre, je le trouvai couché et se plaignant d'une douleur à la base du poumon gauche. Le ventre étant légèrement ballonné, restait un peu douloureux. A l'auscultation, il y avait une respiration très diminuée à la base gauche; je pensai à une pleurésie. Je le revis le 14 décembre, je trouvais la situation modifiée. Ne doutant pas qu'il allait faire des complications, très probablement purulentes du côté du thorax, j'insistai pour son entrée immédiate à l'hôpital et il accepta.

**Observation détaillée.** — 15 décembre. Le malade se plaint d'une douleur assez vive au niveau de la région épigastrique: il n'a pas de vomissement, présente de la constipation.

Son facies est mauvais, les yeux sont excavés, le visage amaigri.

Son ventre est ballonné, douloureux, un peu de météorisme. La douleur est plus vive au niveau de la région épigastrique et augmentée par la pression.

**POUMON GAUCHE.** — *En arrière :*

Percussion : submatité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Palpation : abolition des vibrations thoraciques.

Auscultation : râles muqueux.

Egophonie et pectoriloquie aphone peu marquée, pas de souffle pleurétique.

*En avant :* rien d'anormal.

**Système circulatoire.** — Bruits du cœur un peu sourds.

Pouls 80, pas très fort.

Pas d'albumine. Pas de température.

Le malade est mis au régime lacté et laissé en observation.

16 décembre. — Les symptômes sont à peu près les mêmes. Le malade a présenté des crises sudorales pendant la nuit:

n'étant pas allé à la selle, on lui donne un lavement purgatif.

17 décembre. — Les symptômes pulmonaires augmentent et la pleurésie s'affirme davantage.

Il n'y a toujours pas de température et la gêne respiratoire est peu marquée.

18 décembre. — Le malade présentant une véritable pleurésie est passé en médecine, pavillon Laënnec.

19 décembre, matin. — Le malade a passé une mauvaise nuit; sueurs abondantes. Gêne respiratoire très marquée. Point de côté gauche en avant.

*Appareil digestif.* — L'abdomen est plus tendu et présente toujours un peu de tympanisme; il est douloureux à la pression, surtout au niveau de la zone épigastrique.

*Appareil respiratoire.* — Inspection: voussure du côté gauche, surtout marqué en avant.

**POUMON GAUCHE.** — *En arrière:*

Palpation: abolition complète des vibrations thoraciques.

Percussion: matité complète dans toute la hauteur.

Auscultation: abolition du murmure vésiculaire. Souffle pleurétique très net et assez fort dans toute la hauteur. Râles muqueux.

*En avant:*

Percussion: matité complète.

Abolition de la sonorité de l'espace de Traube.

Déplacement du cœur du côté droit.

Palpation: abolition des vibrations thoraciques.

Auscultation: souffle pleurétique et râles muqueux.

**POUMON DROIT.** — *En arrière:*

Percussion: un peu d'exagération de la sonorité.

Palpation: normale.

Auscultation: râles sous-crépitants dans la moitié inférieure.

*En avant:* rien d'anormal.

3 heures du soir. — Ponction exploratrice ramenant un liquide louche.

6 heures du soir. — La dyspnée ayant augmenté, on pratique la thoracentèse; on retire 1.600 grammes de liquide louche, environ la moitié de l'épanchement.

L'analyse du liquide dénote la présence de globules de pus et d'hématies. Pas de bacille de Koch.

Le malade supporte assez bien la thoracentèse, malgré son état de faiblesse.

La matité n'a pas beaucoup diminué à la suite de la ponction.

Le cœur a, à peu près, repris sa place normale.

La respiration semble moins gênée.

Injection d'éther et potion de Todd avec caféine 1 gramme.

Le pouls est à 104, pas bien frappé.

Sueurs abondantes et un peu de délire pendant la nuit.

20 décembre. — La dyspnée est moins vive, soit que la matité soit aussi complète et que l'épanchement semble se reproduire.

21 décembre. — Le malade se plaint, à gauche, d'un fort point de côté.

POUMON GAUCHE. — *En arrière* :

Percussion : exagération de la sonorité.

Palpation : abolition des vibrations thoraciques.

Auscultation : souffle amphorique. La toux a un bruit d'airain. Râles muqueux.

*En avant* :

Percussion : matité moindre que la veille.

Palpation : abolition des vibrations thoraciques.

Auscultation : râles muqueux.

La gêne respiratoire est plus marquée.

On continue la potion de Todd avec la caféine.

22 décembre. — Le malade faiblit. Le ventre est plus ballonné et plus douloureux.

23-27 décembre. — Le malade faiblit de plus en plus, présentant toujours ses signes de pneumo-thorax, gêne respiratoire très grande. Constipation opiniâtre. Pouls devenant de

plus en plus faible et plus fréquent. Le malade n'a jamais eu de température.

Il meurt le 28 décembre, à 8 heures du soir.

**Autopsie.** — A l'ouverture du thorax du côté gauche s'écoule un liquide très louche et sentant mauvais, 2 litres environ. La plèvre est très adhérente.

Le *poumon gauche* est aplati, présentant une épaisseur de 3 centimètres à peine; dans les trois quarts inférieurs, il est recouvert de fausses membranes épaisses, purulentes et d'odeur infecte; on ne peut le détacher du diaphragme et on est obligé d'enlever ce dernier avec lui.

A la coupe, on trouve disséminés cinq ou six foyers d'abcès pulmonaires à la partie inférieure et communiquant avec la plèvre. Pus assez abondant dans les bronches.

*Poumon droit.* — Anthracnose. Emphysème sur les bords. A la coupe, il s'écoule beaucoup de liquide spumeux, le tissu pulmonaire est splénisé, quoique surnageant dans l'eau.

*Cœur.* — Couleur feuille morte.

Deux ou trois plaques d'athérome sur l'aorte à sa naissance, ainsi que sur la mitrale.

Epanchement assez abondant dans le péricarde : 80 à 100 grammes.

*Foie* très gros. Poids, 2 kilogr. 750. Dégénérescence graisseuse.

*Rate* grosse, molle, diffluente, se réduisant en bouillie par la simple pression.

*Reins* congestionnés.

*Estomac* très adhérent au diaphragme, présente deux perforations; au niveau de la grande courbure sur la face postérieure de l'estomac, auprès du cardia, une large comme une pièce de 50 centimes, l'autre plus petite à 1 centimètre du pylore, ressemblant à des perforations d'ulcère rond.

### Observation VI.

*Perforation d'un ulcère pylorique chez un homme de 30 ans, n'ayant jamais eu de passé gastrique.* (Observation due à l'obligeance de M. le docteur CANAGUIER, inédite).

En 1908, à l'hôpital de Bordeaux, on apportait un homme pris de violentes douleurs abdominales. Ce malade racontait que trois jours avant, en travaillant, il fut pris d'une atroce brûlure dans la région sous-hépatique. La souffrance était telle qu'il tomba en syncope et fut ramené dans cet état dans sa famille qui crut bon de lui administrer un purgatif. L'état du malade ne s'améliorant pas, le troisième jour on mande un médecin qui ordonne le transport d'urgence à l'hôpital. Le malade présentait un ventre ballonné, douloureux partout à la pression, une température de 39°8, une constipation absolue et des vomissements très fréquents. Interrogé, le malade dit n'avoir jamais rien ressenti du côté de son estomac ; ouvrier travaillant un peu partout, il a toujours eu une nourriture peu choisie, mangeant n'importe quoi, et à n'importe quel moment, sans aucun trouble. D'ailleurs, il se vante d'avoir eu jusqu'à ce moment une santé absolument parfaite. Les personnes qui l'accompagnent déclarent qu'il absorbe par jour de grandes quantités d'alcool. Devant un passé gastrique aussi négatif on songe à une hernie interne sphacélée et l'on décide l'opération immédiate. A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve rien du côté de l'ulcus, mais dans la région pylorique une ouverture de la largeur d'une pièce de 50 centimes, par lequel s'écoulait un liquide vert à forte odeur d'absinthe. (Le malade avait absorbé de grandes quantités de cette liqueur pour se calmer et se donner des forces). La perforation fut fermée et le péritoine largement drainé ; le malade mourait 15 heures après.

A l'autopsie, on trouvait un ulcère rond qui avait évolué sans aucun signe.

### Observation VII.

*Gastrite ulcéreuse sans aucun signe autre que l'anémie et l'amaigrissement.* (Observation due à l'obligeance du docteur DELAGENIÈRE, inédite).

C. M.... 25 ans.

Père 62 ans, suspect de tuberculose pulmonaire a été hyperchlorhydrique jusqu'à 25 ans.

Mère rhumatisante; 58 ans.

Un frère plus âgé, pas très bien portant.

*Antécédents personnels.* — A 3 ans, adénite cervicale et eczéma de la face; à 14 ans, croissance rapide, anémie; au service militaire, au cours de manœuvres, douleur lombaire violente, vomissements biliaires et ictère. 2 mois à l'hôpital; 2 crises semblables à quelques mois d'intervalle.

Puis, après sa libération, fréquents épitaxis anémiant le malade au point de lui faire abandonner son travail. Un an plus tard, paralysie faciale *a frigore* durant un mois.

A la fin de l'hiver 1911, l'appétit diminue, le malade maigrit, constipation, ventre ballonné, mais aucune douleur abdominale, malgré un traitement sérieux (cacodylate de soude etc., etc.); le malade continue à maigrir. Il entre à la clinique le 6 juin 1911.

A l'examen, on trouve un estomac dilaté légèrement, une légère douleur dans l'hypochondre droit et dans le creux épigastrique. Examen des selles, négatif. Le malade est opéré : on trouve un appendice congestionné et un estomac congestionné lui aussi, présentant des adhérences de périgastrite. On trouve une ulcération à la face postérieure, dans la région pré-pylorique. On fait une gastro-entérostomie; le malade se remet assez difficilement. On retrouve pendant longtemps du sang dans les selles.

### Observation VIII.

*Ulcère pré-pylorique postérieur. Diagnostic fait par l'examen des selles et la radioscopie. (Inédite, docteur DELAGENIÈRE).*

C..., ouvrier de 31 ans, se livrant depuis quinze ans à de rudes travaux; ne s'est jamais inquiété jusqu'en 1913 de son estomac. A toujours eu un appétit excellent et a pris une alimentation très abondante, sans aucun choix, ni précaution.

Le malade entre à l'hôpital pour des vomissements qu'il ne peut arrêter depuis quelques jours. Il se rappelle avoir éprouvé de temps en temps depuis quelque temps des brûlures d'estomac et des douleurs dans la région épigastrique, mais de son aveu, ces malaises n'avaient pour lui que peu d'importance et ne le gênaient pas. Dès son entrée à l'hôpital, on pratique 4 examens des selles; l'eau gaïacolée, la benzidine et 2 réactions de Meyer sont nettement positives. L'examen radioscopique dénote une muqueuse stomacale généralement malaisée, se soupçonnant mal au lait de bismuth. Il montre une sténose pylorique, l'estomac semble immobile et les contractions péristaltiques sont très rares. On décide une intervention. On trouve une ulcération cicatrisée de l'estomac près du pylore; le mésocôlon est en outre perforé et fixé à l'estomac. Les suites opératoires sont normales; le malade quitte l'hôpital un mois après l'opération, après que 3 examens des selles aient été négatifs à la réaction de Meyer.

### Observation IX.

*Hyperchlorhydrie, ulcère juxta-pylorique probable.*

M. R..., 39 ans, manouvrier, pas d'antécédents personnels et héréditaires, entre à l'hôpital en mars 1911. Pris un an avant de troubles gastriques caractérisés comme il suit : une heure après le repas, baillement, sensation, pesanteur, parfois une douleur lancinante plus vive au niveau du creux épigastrique,

pas d'irradiations; à jeun, pas de douleur; douleur le plus souvent après le repas de midi se prolongeant jusqu'au repas du soir. Le soir, repas très léger : le malade souffrait un peu, mais toute douleur cessait au moment où il se couchait. Ces symptômes étaient augmentés par la fatigue.

Le 25 décembre, augmentation brusque de tous les symptômes augmentée de renvois et de régurgitation acide. Le malade se soumet à un régime sévère : œufs, lait, bouillies. Amaigrissement considérable, le malade mangeant très peu de peur de souffrir.

*Examen du malade.* — Les autres organes ne présentent rien d'anormal. On trouve à l'estomac un clapotage très net jusqu'à la ligne ombilicale; pas de contraction péristaltique. A partir de ce moment, de 4 en 4 jours, on fait une recherche du sang, soit dans les repas d'épreuve, soit dans les selles; la benzidine et le gaïac sont nettement positifs.

Quatre fois, la réaction dans les selles fut négative. Le malade soumis à un traitement bismuthé se retire au bout de 1 mois très amélioré et une réaction de benzidine est négative. Mais cela ne dure pas longtemps; il revient en effet quelques jours après, exactement le 15 mai, avec perte d'appétit, maigreur, douleur épigastrique très violente et irradiations. On observe à l'examen les mêmes signes qu'avant. Les 17, 19 et 21 mai, examen des selles : benzidine positive; gaïac, négatif. Le malade est mis au lait et au bismuth, pendant près de quinze jours; les réactions sont toujours les mêmes. Une fois le gaïac fut positif, puis à partir du 12<sup>e</sup> jour, la réaction à benzidine devient moins certaine; elle faiblit progressivement et finit par être négative complètement à partir du 18. Le malade reste dans le service jusqu'à la fin du mois; il reprend ses forces et sort de l'hôpital après 6 examens coprologiques négatifs à la benzidine. Cette observation nous a paru intéressante en ce sens qu'elle indique que, malgré sa sensibilité très grande, la benzidine ne réagit pas continuellement chez des sujets où à certains moments elle était nettement positive.

### Observation X.

*Ulcère juxta-pylorique. Perforation. Laparatomie, puis gastro-entérostomie.* (Observation due à l'obligeance de M. le docteur DELAGENIÈRE, inédite).

M. Marie H. 35 ans, bonne d'enfant. Entre à l'hôpital le 10 octobre 1913 — parce qu'elle a une douleur violente du côté droit.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort, 57 ans, subitement.

Mère morte, 53 ans.

Collatéraux : 1 frère et une sœur bien portants.

*Antécédents personnels.* — Dans son enfance, malade. Sujet très sobre, n'a eu aucune affection grave, rougeole à 8 ans, réglée à 15 ans, bien régulièrement, ni douleur ni retard, excepté depuis un an où il y a eu souvent des retards. N'a jamais toussé. Jusqu'à 25 ans, l'estomac n'a présenté rien d'anormal, la malade mangeant de tout. Après 25 ans, commencent les crampes d'estomac, douleurs apparaissant une heure après le repas. Ces douleurs cessent par absorption de liquide chaud, quelques vomissements le matin. La malade ne souffrait jamais la nuit. Il en est ainsi jusqu'à trente ans. A partir de ce moment, augmentation de tous les symptômes; les vomissements, de rares, deviennent quotidiens après le repas du matin; la malade maigrit et perd ses forces; est obligée de cesser de travailler. Repos et régime lacté donnent une amélioration, et pendant près de deux ans, la malade reprenant ses forces et son appétit, arrive à manger de tout, à part le vinaigre et le vin et se considérant comme guérie, ne s'occupe plus de son estomac.

Le 9 octobre, en jouant avec les enfants confiés à sa garde, est prise soudain d'une violente douleur à gauche du creux épigastrique; immédiatement sensibilité généralisée, mais pas de vomissement. Il en est ainsi toute la nuit; la glace sur le ventre ne donnant aucun résultat, on amène la malade à l'hô-

pital où elle est opérée d'urgence sous le diagnostic de perforation du duodénum. Une intervention d'urgence est décidée : on trouve à l'ouverture de l'abdomen une perforation de la région pré-pylorique avec des adhérences avec le foie. On se contente ce jour-là de fermer la perforation. Les jours suivants, la malade souffre comme avant ; les suites opératoires sont normales. Tous les trois jours, on fait un examen des selles qui sont toujours positives à la réaction de Meyer ; on décide de faire une gastro-entérostomie ; avant on examine l'estomac aux rayons X qui montrent une déviation avec élévation de la voûte diaphragmatique gauche avec très peu de contractions péristaltiques.

Le 15 décembre, l'opération a lieu. On pratique jusqu'à la sortie de la malade des réactions de Meyer ; la première seule fut positive. Les autres furent toutes négatives.

### Observation XI.

*Sténose d'une bouche de gastro-entérostomie. Diagnostic fait par les rayons X... Nouvelle gastro-entérostomie (Inédite M. le Docteur DELAGENIÈRE).*

M. L... E., 68 ans.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Bien portant étant jeune : à 18 ans, petite vérole, a été soldat pendant 7 ans, dysenterie pendant 6 semaines. Marié, a eu 3 enfants : deux fils bien portants, une fille opérée du goître. Excellente santé, habitudes éthyliques. Il y a dix ans, en très peu de temps les signes d'un ulcère de l'estomac, douleur en broche, vomissement, constipation, plusieurs hématomèses, intolérance alimentaire. Il est opéré à la clinique du Docteur Delagenière. Opération : gastro-entérostomie. Mais peu après (3 mois) des douleurs réapparaissent qui sont, dit le malade, calmées par le bicarbonate de soude. Le mal va en augmentant, les douleurs sont plus vives et plus fréquentes,

d'autant plus que les habitudes de tempérance prises par le malade au début sont de plus en plus négligées, puis les vomissements apparaissent et le malade vient à l'hôpital.

*Examen.* — Homme très amaigri; extrémités froides. Appareil digestif : langue propre, épigastre spontanément douloureux; l'hypogastre est également le siège de coliques très douloureuses qui s'irradient en suivant le côlon; abdomen ballonné avec circulation collatérale. Constipation opiniâtre. La palpation de la région est douloureuse; on ne sent aucune masse, mais une induration de la région. Dans tout le ventre, on note un gargouillement d'origine gastrique qui disparaît après lavage de l'estomac; le ventre après quelques jours de régime lacté et diurétique devient sonore partout.

10 avril 1912. — A été examiné à la radioscopie. A l'écran, on remarque qu'à la suite d'une ingestion de carbonate de bismuth qui a eu lieu 18 heures auparavant, l'estomac est incomplètement vidé; la plus grande partie du Bi est encore dans l'estomac. L'estomac dilaté est très descendu, exactement au niveau d'une ligne passant par les deux épines iliaques antérieure et supérieure, et s'incurvant au milieu vers le pubis. En faisant prendre au malade un autre lait de bismuth au moment de l'examen, on se trouve en présence d'un estomac très distendu; en appuyant l'écran sur l'abdomen, on peut faire refluer le bismuth vers le cardia. On peut déduire de cet examen que la bouche anastomotique ne doit plus être beaucoup perméable et qu'entre l'estomac et le côlon transverse il doit y avoir des adhérences. Une nouvelle intervention est décidée. On trouve un estomac très dilaté au niveau de l'ancienne bouche anastomotique; il existe une tumeur qui gênait le passage des aliments. On pratique une nouvelle anastomose à quelques centimètres de l'ancienne.

Les suites opératoires sont normales, le malade passe un mois et demi à l'hôpital, d'où il sort très amélioré, réclamant à manger. Durant le séjour à l'hôpital, 3 examens des selles : le Meyer a été une fois positif et deux fois négatifs.

## Observation XII

*Ulcère pré-pylorique postérieur* (Observation inédite,  
M. le Docteur DELAGÉNIÈRE).

Mme F..., 49 ans, entre à l'hôpital, parce qu'elle a eu une abondante hématomérose.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 48 ans, congestion cérébrale. Mère morte à 23 ans. Bacillaire.

*Collatéraux :* une sœur morte à 3 mois.

*Antécédents personnels.* — Peu de chose dans son enfance. Rougeole à 4 ans. Réglée à 17 ans. Mariée à 17 ans. Mari éthylisme, meurt à 47 ans : delirium tremens. 5 enfants, 1 mort. Bacille. 1 mort à 11 mois, entérite. 3 autres bien portants. Accouchements normaux, grossesse pas douloureuse. A 36 ans, la malade après avoir allaité un enfant est prise de grande faiblesse (bourdonnements oreilles, vertiges); depuis cette époque, la malade voit chaque année au printemps se renouveler cette anémie (deux mois malade); elle ne quitte cependant pas son travail. Pendant près de vingt ans, la malade a quelques légers troubles. Sensation de pesanteur, quelques chaleurs; de temps en temps un vomissement; mais pas de douleur en un point localisé, ni spontanée, ni éveillée à la pression; jamais non plus de renvoi acide, ni le matin ni dans la journée. Un matin, en se levant, la malade se sent affaiblie sans avoir éprouvé aucune douleur. Elle va à la selle et remarque que ses selles sont noires et liquides, gluantes, comparables, dit-elle, à du goudron. Son médecin lui prescrit le repos. Le lendemain, syncope au réveil et vomissement de deux verres de sang rouge; la malade est envoyée d'urgence à l'hôpital où son état de grande faiblesse fait retarder l'intervention de quelques jours. A l'examen de l'abdomen, on trouve : douleur diffuse dans tout l'épigastre, peu de clapotement. La malade est mise au repos absolu; sérum, ergotine, glace sur le ventre, 10 jours après gastro-entérostomie. On

trouve un estomac presque normal avec une ulcération près du pylore dans la région postérieure. Suites opératoires normales; pendant 15 jours, on trouve toujours du sang dans les selles, puis les réactions au gaïac deviennent négatives; enfin la benzidine devient aussi négative. La malade sort 35 jours après l'opération complètement guérie.

### Observation XIII.

*Gastrite ulcéreuse. Diagnostic fait à l'aide des rayons X.*

V. L..., ouvrier, 32 ans. Souffrant très peu et n'ayant aucun signe jusqu'au jour où une douleur atroce l'oblige à cesser tout travail; le malade vient à l'hôpital; 3 réactions de Meyer sont négatives; un examen radioscopique montre un estomac très dilaté. Le bismuth met un très grand temps à passer dans l'intestin. L'estomac semble avoir perdu la propriété de se contracter. On fait une opération. Le chirurgien, le docteur Delagenière, fait une exclusion du pylore. L'examen histologique donne le résultat suivant: gastrite mixte avec tendance à l'atrophie, muqueuse de recouvrement mal conservée.



## CONCLUSIONS

---

Vis-à-vis d'un malade atteint d'affection gastrique ou même chez un sujet ne présentant aucun signe particulier de son estomac il importe avant d'établir d'une façon absolue le diagnostic d'employer les moyens d'expérimentation clinique que nous indiquons ci-dessous :

1° S'il y a douleur, en rechercher la forme, le lieu, le moment. Connaître l'influence de l'alimentation sur elle. Ses rapports avec les vomissements, cette douleur est-elle spontanée ou provoquée? S'il n'y a pas douleur, rechercher l'existence d'équivalents de la douleur : vertige, pesanteur, tendance invincible au sommeil.

2° Pratiquer l'examen de l'estomac, rechercher le clapotage, se rendre compte par un cathétérisme de l'estomac si cet organe est absolument vide à jeun.

3° S'il y a liquide, en faire l'analyse qualitative et quantitative, s'il y a augmentation du coefficient de l'acide chlorhydrique, il est toujours prudent de songer à une ulcération de l'estomac. Cette constatation éliminera en outre l'hypothèse d'un cancer de l'estomac.

4° Rechercher fréquemment et après un régime spé-

cial du malade les hémorragies occultes; nous croyons que les meilleurs procédés sont la benzidine et la phéno-phthaléine, et leur sensibilité dite trop grande pour certains, n'est pas un obstacle de leur emploi; l'usage du gaïac en même temps donnera des renseignements utiles sur l'évolution du mal et guidera le traitement.

5° L'examen radioscopique sera d'un grand secours : lorsqu'il montrera un estomac attiré à droite sans distension du fundus avec une diminution ou disparition des contractions, le diagnostic pourra s'orienter dans le sens d'un ulcère juxta-pylorique.

6° La sténose pylorique est un phénomène accompagnant très fréquemment l'ulcération. De même la constipation existera toujours (bon signe de diagnostic avec la gastrite chronique).

7° Aucun des signes cités plus haut, ne peuvent séparément donner une certitude absolue; nous avons vu au chapitre : Diagnostic, les nombreuses affections, où l'on peut retrouver un ou plusieurs signes de l'ulcus. En pratique cependant, l'apparition de plusieurs d'entre eux établira d'une façon suffisante l'existence d'une lésion gastrique ou juxta-pylorique au début ou en évolution.

8° Ce qui permettra d'instituer un traitement, qui fait à temps, donnera d'excellents résultats en restant simplement médical. Au début, un ulcère est presque toujours curable par une thérapeutique interne. Il n'en est plus de même quand il passe à la chronicité. Il devient à ce moment une menace constante pour la vie du malade, s'il n'a recours à une intervention chirurgicale (gastro-entérostomie).

9° Comme en témoigne l'observation V, il y a nécessité lorsqu'on examine non seulement un malade, mais un candidat désirant un certificat de santé pour entrer dans une administration ou une industrie quelconque, de s'assurer si l'état de son tube digestif est parfait. Nous estimons que l'examen coprologique est aussi utile que l'analyse d'urine ; il est pratiquement aussi simple à faire. Ne pas agir ainsi serait laisser une lacune qui pourrait entraîner des accidents aux plus graves conséquences.

10° Enfin la forme brusque de l'apparition des accidents de l'ulcère (perforation) peut entraîner bien des discussions au sujet de la loi sur les accidents du travail comme au sujet de l'assurance-vie, mais cela n'entre pas dans le cadre de notre ouvrage.

Vu : le Président,  
THOINOT

Vu : Le Doyen,  
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.  
L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Reichmann. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1882.
- Riegel. — *Deutsch. med. Woch.*, 1892.
- Germain Sée. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888.
- Debove et Renaud. — *Traité des maladies de l'Estomac*, 1893.
- Robin (A.). — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 mai 1897.
- Schreiber. — *Deutsch. med. Woch.*, 1897.
- *Archiv für Verdauungskrankheiten*, 1876.
- Boas. — *Berliner klin. Wochen*, 1876.
- Mathieu. — *Gazette des hôpitaux*, 1894.
- *Congrès de Montpellier*, 1894.
- *Ulcère et cancer de l'estomac*.
- *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, nov. 1910.
- *Société médicale des hôpitaux*, 2 décembre 1910.
- Mathieu et Roux. — *Note de pathologie gastro-intestinale*, 1909.
- Mathieu. — Crise de vomissements chez un malade atteint de rein mobile. *Société médicale des hôpitaux*, 21 oct. 1892.
- Des crises gastriques tabétiques. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.
- Mathieu et Taillandier. — Valeur de la méthode Mathieu Rémond pour la détermination indirecte du volume de liquide contenu dans l'estomac. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1910.
- Hayem. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897.

- Soupault. — Pathogénie et traitement de la gastro-suchorée.  
*Bulletin général de thérapeutique.*
- Ettinger (W.) et Girault. — *Semaine médicale*, 1906.
- Ettinger. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1910.  
— Hypersécrétion gastrique à jeun. *Archives de la digestion*, 1910.
- Ettinger et Girault. — *Semaine médicale*, 11 juillet 1906.  
— De l'ulcère de l'estomac consécutif aux traumatismes externes. *Archives médicales des maladies de la digestion*.
- Cerné et Delaforge. — Radioscopie des ulcères. *Annales de la digestion*, 1910.
- Sauphar. — Diagnostic précoce de l'ulcère et des ulcérations gastriques. *Archives médicales d'Angers*, 1911.
- Soupault. — *Traité des maladies de l'estomac*.
- Lepage (d'Angers). — *Archives médicales d'Angers*, 1911.
- Sartory. — *Société de Biologie*.
- Rutemeyer. — *Über die Diagnostik des Ulcus ventriculi*.  
Wiesbaden, 1906.
- Clippel et Weill (M.-P.). — *Presse médicale*, 23 sept. 1911.
- Hamel. — *Archives médico-chirurgicales de Province*, 1912.
- Bert et Cohnheim. — *München. med. Woch.*, 15 déc. 1911.
- Enriquez. — *Presse médicale*, 1912.
- Seild. — Valeur diagnostique des points dorsaux dans l'ulcère rond de l'estomac. *Archiv für Verdauungskrankheiten*, 1911, page 723.
- Ricard. — De l'interprétation des radiographies de l'estomac.  
*Société de Chirurgie*, séance du 12 février 1913.
- Caillé. — Que faut-il entendre par ulcère du duodénum?  
*Maladies de l'appareil digestif*, 1911.
- Ettinger (W.). — De la symptomatologie de l'ulcère du duodénum. *Société médicale des hôpitaux*.
- Delagenière et Hamel. — *Archives médicales de province*.
- Girault. — Thèse 1906.

- Becque. — Thèse de Lyon, 1909.
- Puy le Blanc. — Thèse de Paris, 1909.
- Brinton. — *Traité des maladies de l'estomac.*
- Dieulafoy. — *Pathologie interne.*
- Pierre Marie. — *Pratique neurologique.*
- Korizinski et Jawroski. — *Deutsches Archiv für klin. Med.*, 1894.
- Ritter et Hersch. — *Zeitschrift für klin. Med.*, 1887.
- Riegel. — *Die Krankheiten des Magens*, 1903.
- Ewald. — *Die Krankheiten des Magens*, 1893.
- Boas. — *Diagnostic und Therapie der Magenerkrankheiten*, 1907.
- Alder (O. et R.). — *Zeitschrift für physiolog. Chemie*. Bd 41.
- Bouveret et Devee. — *Mémoire*, 1892.
- Rafinesque (Marcel). — *Le syndrome « Crise gastrique »*, 1912.
- Bourcy. — *Les crises gastriques du tabès. Indépend. médic.*, 1897.
- Girod (M.-J.). — *Tabès dorsal à troubles digestifs complexes.*
- Wayenop (Mlle). — *Les crises gastriques dans le tabès et en dehors du tabès*. Paris, 1905.
- Weill (Mlle). — *Points douloureux abdominaux. Erreurs de diagnostic qu'ils comportent*. Thèse Paris, 1911.
- Dudson Steele et William Bust. — *The American Journal of medical sciences*, juillet 1905.
- Karl Petren. — *A propos du diagnostic et du traitement de l'ulcère de l'estomac. Archives des maladies de l'appareil digestif*, septembre 1913.
- Hamel. — *Diagnostic précoce des ulcérations gastriques. Archives médicales d'Angers*, 1911.
- Ettinger. — *Des sténoses méconnues du pylore dans l'ulcère gastrique.*
- Holzknicht et Sgalitzer. — *La papaverine et son utilité pour différencier le spasme du pylore et une sténose du pylore. Münchener med. Woch.*, 1913.

Sommerfeld. — Sur le diagnostic différentiel de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum. *Archiv für Verdauungskrankheiten*. Tome XIX, cahier I, 1913.

Cerné et Delaforge. — *La radioscopie clinique de l'estomac normal et pathologique*, 1908.

— La radioscopie des ulcères de l'estomac. *Archiv. méd. des maladies du tube digestif*, 1910.

Leven et Barret. — *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac*.

Houdard, interne des hôpitaux de Paris. — *Ulcère simple du duodénum (non perforé)*. Paris, 1913.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                 | Pages |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION . . . . .                                          | 11    |
| Définition et historique. . . . .                               | 15    |
| Douleurs et vomissements . . . . .                              | 17    |
| Liquide à jeun. . . . .                                         | 21    |
| Hémorragies occultes. . . . .                                   | 26    |
| Les hémorragies occultes dans l'ulcère juxta-pylorique. . . . . | 31    |
| Examen radioscopique. . . . .                                   | 34    |
| Sténose pylorique . . . . .                                     | 39    |
| Diagnostic du siège de l'ulcère juxta-pylorique . . . . .       | 41    |
| Diagnostic différentiel. . . . .                                | 43    |
| OBSERVATIONS . . . . .                                          | 53    |
| CONCLUSIONS . . . . .                                           | 77    |
| Bibliographie . . . . .                                         | 80    |



